

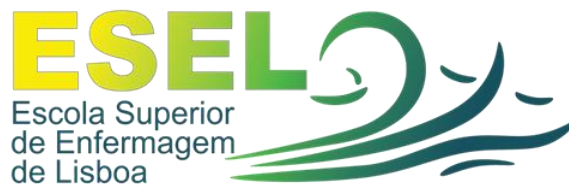
**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem**  
**Médico-cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa**  
Relatório de Estágio

**Intervenção de Enfermagem na prevenção da  
violência contra a Pessoa Idosa dependente de  
familiar cuidador no domicílio**

**Patrícia Alexandra Areias Ramalho**

**Lisboa**

**2016**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem**  
**Médico-cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa**  
Relatório de Relatório

**Intervenção de Enfermagem na prevenção da  
violência contra a Pessoa Idosa dependente de  
familiar cuidador no domicílio**

**Patrícia Alexandra Areias Ramalho**

**Professora Doutora Idalina Delfina Gomes**

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## DEDICATÓRIA

Para ti mãe, virtuosa companheira de vida e implacável guerreira  
nessa luta que nos venceu, condenando-me à infinita distância  
de não poder sentir mais o teu toque...As doces lembranças não  
preenchem o vazio, mas deixas-te em mim tanto de ti, que  
espero honrá-lo e merecê-lo...

## **AGRADECIMENTOS**

Ao terminar este percurso, não posso deixar de agradecer a todos os que nele colaboraram e que, direta ou indiretamente o tornaram realidade.

À minha orientadora Professora Doutora Idalina Delfina Gomes, pelo suporte, orientação e estímulo durante este caminho de aprendizagem. Pelas suas aulas ímpares, que despertaram em mim o espírito crítico e a vontade de melhorar as práticas. Igualmente pela confiança depositada no convite para a continuidade deste projeto no âmbito da unidade de investigação e desenvolvimento em enfermagem (UI&DE).

Ao Enfermeiro Especialista Sérgio Jorge, orientador de estágio que pela sua atitude, disponibilidade e conhecimentos transmitidos tornaram ainda mais rico este percurso profissional. À restante equipa da ECCI que me acolheu com a maior dedicação e empatia.

Aos meus velhos amigos e família, que nos momentos da minha ausência dedicados ao estudo, sempre compreenderam que o futuro é construído a partir da dedicação no presente.

Às novas amizades, companheiros de trabalho e de formação que me apoiaram e ouviram, e vão continuar presentes.

Às minhas irmãs e amigas Luísa Ramalho e Isabel Ferreira, pelo cuidado, pela força e por serem um dos pilares da minha vida.

Ao meu marido Ricardo Almeida, que tem mérito em parte deste trabalho, pelo apoio e incentivo nas horas difíceis. Pela sua presença incansável, amor e dedicação.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

APAV – Associação de Apoio à Vítima

ASGVCV – Ação de Saúde sobre género, Violência e Ciclo de Vida

AVC – Acidente vascular cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

DGS – Direção Geral de Saúde

EAI – Elder Assessment Instrument

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EPVA – Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Estatística Doutor Ricardo Jorge

IOA – Indicators of Abuse Screen

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

NHS - National Health Service

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

VD – Visita domiciliária

## RESUMO

O familiar cuidador assume muitas vezes a responsabilidade pelos cuidados prestados à Pessoa Idosa dependente. Contudo, isso pode acarretar diversas exigências, conduzindo por vezes a situações de sobrecarga. Este é um fator de risco para a ocorrência de violência, ainda que involuntária, pelo que se torna crucial a capacitação dos enfermeiros para identificar e intervir precocemente nestas situações, de forma a preveni-las.

Neste sentido, foi elaborado um projeto de estágio com os objetivos de desenvolver competências de mestre e especialista na área da enfermagem médico-cirúrgica, na prevenção da violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador, ao mesmo tempo que se pretendeu contribuir para o desenvolvimento de competências na ECCI para a identificação precoce e intervenção (prevenção primária e secundária). Utilizou-se a metodologia de projeto, tendo-se realizado o diagnóstico de situação, com recurso à análise documental de registos, às respostas do instrumento de colheita de dados elaborado e à observação das práticas. Verificou-se que os enfermeiros não identificavam todos os fatores de risco nestas situações, assim como reconheceram a necessidade de adotar melhores estratégias para lidarem com este problema. Perante o diagnóstico planearam-se, executaram-se e avaliaram-se atividades que pretenderam preparar a equipa: para o uso adequado de instrumentos de avaliação de risco (como é o caso do Indicators of Abuse Screen ou o Elder Assessment Instrument); para a avaliação de fatores de risco e para a apropriação do modelo de parceria como intervenção de enfermagem promotora do Cuidado de Si. A intervenção em parceria com a Pessoa Idosa e familiar cuidador, permitiu desenvolver uma relação de confiança que possibilitou a abertura ao diálogo. Através deste, foi possível aplicar estratégias de negociação, informação, capacitação e consequente prevenção da violência. A prática de cuidados em parceria e a reflexão sobre a ação possibilitaram desenvolver competências de mestre e especialista nesta área, permitindo reduzir o isolamento e a sobrecarga do cuidador, dois dos principais fatores de risco identificados na população cuidada.

**Palavras-chave:** Pessoa Idosa, Familiar Cuidador, Violência e Parceria nos Cuidados de Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Often the family caregiver takes the responsibility for caring the dependent Elderly. However, that can lead to various requirements, and sometimes to situations of overload. This is a risk factor for the occurrence of violence, even unintentional. In order to prevent these situations, the nurses's capacity is crucial to early identify and intervene.

With this in mind, it was designed a stage project with the objectives of developing master skills and nurse specialist in the field of medical-surgical nursing to prevention of violence against dependent Elderly of family caregivers, and contribute to the development skills in the ECCI for the early identification and intervention (primary and secondary prevention).

We used the project methodology, so it was made the diagnosis of the situation, using the documentary analysis of records, the responses of data collection tool developed and the observation of practices. It was found that nurses did not identify all risk factors in these situations, and recognized the need to adopt better strategies to deal with this problem. After the diagnosis is planned, executed and evaluated the activities with the intent to prepare the team: for the proper use of risk assessment tools (such as the Indicators of Abuse Screen or the Elder Assessment Instrument); for the assessment of risk factors and appropriation of the partnership model as a promoter nursing intervention of Self care. A partnership intervention with the Elderly and caregiver, allowed to develop a relationship of trust that encourage the openness to dialogue. Through this, it was possible to implement negotiation strategies, information, capacity and consequent violence prevention. With the practice of care partnership and reflection on the action made it possible to develop master skills and nurse specialist in this area, reducing isolation and caregiver burden, two of the main risk factors identified in the population cared for.

**Keywords:** Elderly, Family caregiver, Violence and Partnership in the nurse care.

# ÍNDICE

Introdução .....	9
1. Diagnóstico de Situação e Justificação do projeto .....	12
2. Quadro de Referência .....	15
2.1. O cuidado à Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador, no domicílio.....	15
2.2. A violência contra a Pessoa Idosa em contexto domiciliário.....	16
2.3. Atuação do Setor da Saúde em situação de violência contra a Pessoa Idosa .....	18
2.4. Intervenção especializada de Enfermagem na prevenção da violência contra a Pessoa Idosa .....	20
2.5. Contributo da 'promoção do cuidado de Si' para a prevenção da violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador .....	22
3. Procedimento metodológico .....	25
3.1. Finalidade .....	25
3.2. Descrição e reflexão das atividades desenvolvidas.....	26
Conclusão e trabalho futuro .....	56
Referências bibliográficas .....	59
Anexos	
Anexo I - Indicators of Abuse Screen (IOA)	
Anexo II – Elder Assessment Instrument (EAI)	
Anexo III – Registo de presença no seminário “A Violência Doméstica e de Género: uma abordagem multidisciplinar”	
Anexo IV – Registo de presença no congresso: “Violência Doméstica... Que caminhos ainda a percorrer?”	
Apêndices	
Apêndice I – Instrumento de Colheita de dados (narrativa)	
Apêndice II – Análise de Conteúdo dos Dados Obtidos	
Apêndice III – Análise e Discussão dos Resultados Obtidos	
Apêndice IV – Cronograma	
Apêndice V – Análise SWOT	
Apêndice VI – Reflexão das Práticas (ECCI)	



Apêndice VII – Poster (SU): “A Pessoa Idosa no serviço de urgência – Aplicação do instrumento SPICES”

Apêndice VIII – Reflexão das Práticas (SU)

Apêndice IX – Estudo de Caso (SU)

Apêndice X – Exemplo de Revisão Sistemática de Literatura

Apêndice XI – Estudo de Caso (ECCI)

Apêndice XII – Folheto: “Cuida de uma Pessoa Idosa? Este folheto é para si!”

Apêndice XIII – Poster: “Cuida de uma Pessoa Idosa?”

Apêndice XIV – Poster: “Violência contra a Pessoa Idosa – Contributo de enfermagem para enfrentar o problema”

Apêndice XV – Apresentação do Projeto à ECCI

Apêndice XVI – Grelha de análise das Práticas

Apêndice XVII – Sessão de Formação: “Intervenção multidisciplinar em caso de suspeita de violência contra a Pessoa Idosa”

Apêndice XVIII – Registo de presenças na sessão de formação

Apêndice XIX – Plano de Sessão de Formação

Apêndice XX – Questionário de avaliação da sessão de formação

Apêndice XXI – Avaliação da sessão de formação

## Quadros

Quadro 1 – Objetivo geral 1 e respetivos objetivos específicos .....26

Quadro 2 – Objetivo geral 2 e respetivos objetivos específicos .....40

Quadro 3 – Objetivo geral 3 e respetivos objetivos específicos .....48

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio com Relatório do 6º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (CMEMC), vertente enfermagem à Pessoa Idosa. O estágio decorreu durante o 3º semestre, no período de 28 de setembro de 2015 a 12 de fevereiro de 2016, tendo como finalidade desenvolver competências de enfermagem de mestre e de especialista no cuidado à Pessoa Idosa, na área médico-cirúrgica, em contexto hospitalar e na comunidade, tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista, enumeradas pela OE<sup>1</sup> e as de mestre, descritas no plano de estudos da ESEL<sup>2</sup>.

O cuidado à Pessoa Idosa constitui uma preocupação central da Enfermagem, dado o significativo aumento demográfico deste grupo etário. Em Portugal, os idosos representam 20% da população total e, segundo os últimos dados estatísticos, o índice de envelhecimento situa-se nos 138%<sup>3</sup> (Pordata, 2014). As alterações da pirâmide etária representam um desafio para os cuidados de saúde uma vez que, viver mais tempo pode implicar o aparecimento de doenças crónicas, limitações funcionais e dependência. Por conseguinte, a necessidade de cuidados de longa duração, coloca à família o desafio de desempenhar a tarefa de cuidar. Cuidar da Pessoa Idosa pode implicar grande exigência, fato este que pode levar a stress, sobrecarga e isolamento que, a par da dependência, são considerados fatores de risco marcantes para a ocorrência de violência.

A violência contra a Pessoa Idosa é um sério problema de saúde pública, que interfere no seu bem-estar físico e mental, reduzindo a sua qualidade de vida (OMS, 2011). Assim, compreendendo o impacto multidimensional que a violência tem na Pessoa Idosa, é da responsabilidade do enfermeiro identificar, minimizar e preveni-la, com base na melhor evidência científica. Isto pode passar por intervir em parceria com a Pessoa Idosa e seu familiar cuidador promovendo o suporte e a adaptação à transição dos seus papéis, de modo a prosseguirem (Pessoa Idosa e familiar cuidador) com os seus projetos de saúde e de vida, bem como evitar

---

<sup>1</sup> Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, disponíveis em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

<sup>2</sup> Competências Enfermeiro Mestre, disponíveis em: [http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-reg\\_mest\\_02\\_2014.pdf](http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-reg_mest_02_2014.pdf)

<sup>3</sup> Número de indivíduos com 65 ou mais anos que existem por cada 100 pessoas com menos de 15 anos (relação entre o

situações suscetíveis de causarem violência (Meleis, 2010; Gomes, 2013). Nesta lógica, o enfermeiro pode desenvolver um conjunto de intervenções que têm como objetivo capacitar a Pessoa Idosa para decidir e assegurar o cuidado de Si, ou capacitar o cuidador para assegurar o cuidado ao Outro, respeitando a sua autonomia, direitos e necessidades (Gomes, 2013). A relação de parceria pressupõe o estabelecimento de uma relação de confiança, que permite a partilha de saberes e de poder (Gomes, 2013). Ao mesmo tempo, reconhece a singularidade da pessoa, enquanto elemento ativo e responsável pelo seu projeto de saúde (McCormack, 2003). Intervir em parceria com a Pessoa Idosa e familiar cuidador, pode ajudar a promover um cuidador mais competente no cuidado ao seu familiar, para além dele próprio não ser excluído da intervenção de Enfermagem. Desta forma pode reduzir-se a sobrecarga do cuidador, um dos principais fatores de risco para a ocorrência de violência.

De forma a dar resposta a este problema, têm sido desenvolvidos esforços a nível Nacional e Internacional com vista à sua prevenção, especialmente em grupos de pessoas em situação de vulnerabilidade, como é o caso dos idosos. O atual Plano Nacional de Saúde (2011-2016), reforça a importância do poder e da responsabilização do cidadão. Tal resulta na utilização de um conjunto de estratégias individuais ou coletivas, que permitam a eleição de comportamentos promotores de saúde e reduzam ou eliminem comportamentos potencialmente capazes de comprometerem essa mesma condição, como é o caso da violência.

É crucial que o enfermeiro especialista tome consciência desta problemática e intervenha a todos os níveis de prevenção, uma vez que é objetivo dos seus cuidados atender às necessidades multidimensionais da pessoa, atuando nos fatores que colocam em risco o seu bem-estar e qualidade de vida (Phelan, 2010; DGS, 2014). Nesta perspetiva, e tendo em conta o diagnóstico de situação efetuado numa equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) de Lisboa, delineou-se um projeto de estágio com o título: “Intervenção de Enfermagem na Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa dependente de Familiar Cuidador no Domicílio”. Foram objetivos gerais do mesmo: 1) desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à Pessoa Idosa/familiar cuidador, em contexto hospitalar e na comunidade; 2) desenvolver competências de

mestre e especialista na prevenção da violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador, no domicílio, bem como 3) contribuir para desenvolver essas mesmas competências na equipa de enfermagem.

Para tal foi necessário realizar uma reflexão pessoal acerca do percurso profissional prévio, por forma a identificar o nível de competências a atingir (Benner, 2001). Considerou-se que o nível situado era o de proeficiente, pretendendo-se atingir o nível de perita, uma vez que “a enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas que ela já viveu e vai diretamente ao centro do problema” (Benner, 2001, p. 33). Para atingir este nível no cuidado à Pessoa Idosa, e nomeadamente com as vítimas de violência, foi necessário adquirir competências nas áreas de enfermeiro especialista referentes aos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais. Estas competências permitiram a avaliação de risco e a deteção precoce de situações de violência, por forma a intervir em parceria na prevenção das mesmas. Para a concretização desses objetivos foi utilizada uma metodologia de projeto, pois esta centra-se na resolução de problemas e possibilita o desenvolvimento de competências num processo de aprendizagem ativo (Ruivo et al 2010). Com a realização deste relatório pretendeu-se dar visibilidade ao percurso pedagógico decorrente do estágio, assim como às atividades realizadas e competências desenvolvidas.

O relatório encontra-se estruturado em três capítulos. No primeiro é apresentado o diagnóstico de situação que justificou a implementação do projeto. No segundo capítulo é apresentado o quadro de referência suportado numa revisão de literatura onde é analisado o contexto do cuidado à Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador, a problemática da violência contra a Pessoa Idosa em contexto de domicílio, bem como a contribuição do Modelo de Intervenção em Parceria para a prevenção da violência. No terceiro capítulo é apresentado o percurso metodológico, incluindo-se aqui a descrição das atividades desenvolvidas e as competências adquiridas.

## **1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO**

O estreitamento da base da pirâmide populacional conduz à necessidade de prover cuidados de longa duração à Pessoa Idosa. Estes cuidados exigem, a par com os cuidados formais, a intervenção em parceria com um familiar cuidador. Cuidar da Pessoa Idosa dependente pode tornar-se exigente para a família que, se não estiver devidamente preparada e apoiada, pode ficar suscetível à ocorrência de situações de violência, como é exemplo o caso da negligência.

A violência contra a Pessoa Idosa é um sério problema de saúde pública, que interfere no seu bem-estar físico e mental, reduzindo a sua qualidade de vida (OMS, 2011). Estima-se que 12,3 % das pessoas com 60 ou mais anos sofram de algum tipo de violência (INSA, 2014), sendo que 39% dos casos são perpetrados por filhos da vítima e 26,9% pelo(a) cônjuge ou companheiro(a) (APAV, 2014). Os episódios tendem a ser de natureza continuada em 70% dos casos, tornando o domicílio um espaço fértil à propagação de condutas violentas contra a Pessoa Idosa (APAV, 2014). O enfermeiro, nomeadamente o que presta cuidados na comunidade, assume um papel de relevo na prevenção destas situações. O objetivo dos cuidados visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida e dignidade das pessoas idosas, que pode ficar seriamente afetada, quando sujeita a situações de violência, seja qual for a sua natureza. Neste sentido, compreendendo o impacto multidimensional que a violência tem na Pessoa Idosa, é da responsabilidade dos enfermeiros identificar, minimizar e prevenir estas situações.

Em Portugal têm sido desenvolvidas orientações que reforçam a necessidade dos profissionais de saúde adotarem uma postura ativa na prevenção da violência. É disso exemplo, o V Plano Nacional contra a Violência Doméstica e de Género (2014-2017) e o despacho nº 6378/2013, de 16 de maio, com a criação da Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de vida (ASGVCV), que estabelece igualmente a formação de equipas de prevenção de violência em adultos (EPVA). Assim, tendo em conta as preocupações e recomendações do Ministério da Saúde (2014), sobre a intervenção integrada na violência interpessoal ao longo do ciclo de vida, foi objetivo deste projeto, contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados prestados e consequentemente para a melhoria da qualidade de vida da Pessoa Idosa. Tendo em conta o supramencionado, pretendeu-se desenvolver competências de

enfermeira especialista e mestre na área da prevenção da violência, numa região de Lisboa, nomeadamente no âmbito da prevenção primordial e primária.

Com o objetivo de compreender a problemática no contexto da prática clínica, e conhecer as intervenções desenvolvidas no âmbito da sua prevenção, foi desenvolvido um trabalho de campo numa ECCI da região de Lisboa. A ECCI é uma equipa multidisciplinar, que integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), cujo objetivo é assegurar cuidados domiciliários à pessoa em situação de dependência, doença terminal ou em processo de convalescença, que apresentem suporte de apoio (cuidador) e cuja situação não lhe permita deslocar-se de forma autónoma (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho). Esta escolha prendeu-se com o facto de se ter identificado previamente o problema e as características da população: maioritariamente idosa, com elevado grau de dependência e com um cuidador responsável pela satisfação dos complexos e exigentes cuidados<sup>4</sup>. Estes são fatores de risco importantes para a ocorrência de violência descritos na literatura, pelo que se considerou esse contexto de estágio como pertinente ao desenvolvimento do projeto. A par disso, em 2013 foi desenvolvido outro projeto de Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa em Contexto familiar<sup>5</sup>, pelo que se pretendeu igualmente dar continuidade a um trabalho pré-existente nesta área. O contexto de estágio eleito contava com a presença de um enfermeiro especialista na mesma área, que permitiu a supervisão e orientação especializada.

Com o objetivo de conhecer a realidade do local onde se pretendia desenvolver o projeto, procedeu-se ao diagnóstico de situação. Este permitiu “uma análise (...) que [visou] identificar a natureza das necessidades ou problemas de saúde, vividos por uma ou mais pessoas, num dado meio e que requerem cuidados de enfermagem” (Collière, 1999, p. 293). Segundo a literatura, a identificação das necessidades pode ser feita com recurso a um instrumento de colheita de dados, análise documental dos registos e através de observação participante. Com o objetivo de conhecer o modo como os enfermeiros da ECCI lidavam com a problemática da violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador no

---

<sup>4</sup> Trabalho de campo realizado durante o 2º semestre.

<sup>5</sup> Trabalho desenvolvido com a seguinte designação: “Prevenção do abuso à Pessoa Idosa com demência em contexto familiar: a parceria como intervenção de Enfermagem na Promoção do Cuidado de Si”.

domicílio, foi elaborado um instrumento de colheita de dados sob a forma de narrativa (Apêndice I), ao qual se procedeu à análise de conteúdo, de modo a tornar os resultados mensuráveis (Apêndice II). Segundo os resultados obtidos (Apêndice III), concluiu-se que os enfermeiros identificavam alguns fatores de risco, desvalorizando contudo fatores importantes para a perpetração da violência<sup>6</sup>. A ECCI utilizava algumas estratégias para lidar com a situação de violência contra a Pessoa Idosa<sup>7</sup>, contudo foram transmitidos sentimentos de insatisfação, frustração e incômodo na gestão destes casos. Os enfermeiros manifestaram ainda a necessidade de existir maior desenvolvimento de competências nesta área, melhor articulação interdisciplinar, melhor articulação com a comunidade e melhor intervenção em parceria com o cuidador. Tendo por base esse diagnóstico de situação, desenvolveu-se um projeto de estágio, que foi implementado na ECCI durante o período de 28 de setembro de 2015 e 15 de janeiro de 2016. A par deste, foi realizado um estágio complementar, em contexto hospitalar (serviço de urgência geral) num período mais curto<sup>8</sup>, que decorreu de 18 de janeiro a 12 de fevereiro de 2016. As atividades definidas foram planeadas e documentadas num cronograma (apêndice IV), que permitiu estabelecer tempos e planear os detalhes a serem executados em cada fase, viabilizando a concretização do projeto. Esta foi uma estratégia que permitiu contornar a ameaça da curta duração do estágio, anteriormente identificada numa análise SWOT (apêndice V).

---

<sup>6</sup> Como a dependência financeira, abuso de substâncias, dependência face ao agressor e transmissão intergeracional de violência.

<sup>7</sup> Conhecer a pessoa/familiar cuidador e estratégias de comunicação. Conhecer a história de saúde da pessoa foi identificado por 75% dos enfermeiros, e 25% dos enfermeiros preocupa-se em conhecer a abrangência da dinâmica relacional da família.

<sup>8</sup> Pelos objetivos propostos e por se considerar que da grande fatia de estágio a desenvolver o projeto, só se poderiam dispensar 4 semanas para este contexto.

## **2. QUADRO DE REFERÊNCIA**

Neste capítulo apresenta-se o quadro de referência que suportou o projeto de estágio. Foi desenvolvido após a revisão sistemática de literatura<sup>9</sup>, onde se procurou pela melhor evidência científica, compreender a complexidade dos cuidados prestados à Pessoa Idosa dependente. Procurou-se igualmente conhecer a problemática da violência contra a Pessoa Idosa em contexto domiciliário, assim como as intervenções de enfermagem que melhor contribuem para a sua prevenção. Por fim, aborda-se o contributo do Modelo de Intervenção em Parceria para a prevenção da violência neste contexto (Gomes, 2013).

### **2.1. O cuidado à Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador, no domicílio**

Prestar cuidados de qualidade à Pessoa Idosa, implica um pensamento sistémico, centrando-se tanto na pessoa, como no seu familiar cuidador. Segundo Costa (2006), o enfermeiro geriátrico ao centrar os seus cuidados na pessoa, estabelece uma relação de ajuda numa perspetiva de crescimento, envolvimento e evolução. No caso da Pessoa Idosa, esta relação de ajuda pode não representar a solução para todos os problemas, mas sim o suporte para a maximização das suas capacidades, de modo a enfrentar as dificuldades (Bermejo, 2010). A qualidade de cuidados traduz-se na individualização, que permite situar a pessoa “no seu contexto de vida, tentando compreendê-la em relação aos seus costumes, hábitos de vida, crenças, valores que veicula, bem como situar o impacto da doença e das limitações” (Collière, 1999, p. 296).

O envelhecimento é um processo gradual de modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, que podem alterar a capacidade da pessoa à adaptação a novos ambientes (Spirduso, 2004). Esta diminuição da capacidade de resistência a fatores extrínsecos, dificulta o restabelecimento do equilíbrio, podendo conduzir ao declínio da capacidade funcional, a estados de doença e por vezes dependência (Paúl & Fonseca, 2005; Santos et al, 2013). A dependência<sup>10</sup> está diretamente associada à redução da qualidade de vida e ao aumento da fragilidade,

---

<sup>9</sup> Atividade descrita no capítulo seguinte.

<sup>10</sup> Entende-se por dependência “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica (...) deficiência (...) que não consegue por si só, realizar todas ou algumas atividades de vida diárias (DL nº101/2006, art. 3º de 6 de Junho).



tornando o recurso a um familiar cuidador<sup>11</sup>, por vezes inevitável (Imaginário, 2008). Neste sentido, o familiar cuidador apresenta um papel importante junto da Pessoa Idosa dependente, dada a necessidade de cuidados de longa duração, apoio nas atividades de vida diárias<sup>12</sup> (AVD's) e instrumentais de vida<sup>13</sup> (AIVD's) (Sarmiento et al, 2010).

O cuidado à Pessoa Idosa dependente está envolto de grande especificidade e complexidade, podendo implicar grande esforço físico, mental, económico, funcional e social (Gil, 2010). Muitas vezes estas famílias são confrontadas com a dificuldade em cuidar, quer pelo elevado grau de dependência e consequente alteração das dinâmicas familiares, quer pela necessidade de adaptação às limitações da Pessoa Idosa (Sarmiento et al, 2010). O familiar cuidador pode experimentar sentimentos geradores de angústia, tensão e sobrecarga. Juntamente com outras necessidades, relacionadas com a falta de informação, supervisão, reconhecimento e assistência, podem levar a esgotamento de recursos físicos, emocionais e económicos (Imaginário, 2008; Sarmiento et al, 2010). O familiar cuidador confronta-se assim, com uma complexa transformação social, que muitas vezes pode criar obstáculos à prestação de cuidados sistemáticos à Pessoa Idosa dependente. O esforço psicológico, emocional, social e financeiro por parte do familiar cuidador, pode não ser reconhecido, e levar a grande stress, sobrecarga e isolamento (Kelley & Lakin, 2010). Isto, a par com o aumento da dependência são considerados fatores de risco para a ocorrência de violência contra a Pessoa Idosa, especialmente de negligência<sup>14</sup>, ainda que involuntária (APAV, 2014).

## **2.2. A violência contra a Pessoa Idosa em contexto domiciliário**

A literatura refere que a violência é uma das problemáticas mais associadas ao envelhecimento (Lopes et al, 2014). Tal facto, pode estar associado ao contexto

---

<sup>11</sup> A família é entendida como um grupo de pessoas ligadas por laços de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo também pessoas significativas. O cuidador familiar assume a responsabilidade do cuidar, sem auferir remuneração (Conselho Internacional de Enfermagem, 2005).

<sup>12</sup> As AVD são as atividades relacionadas com o autocuidado, tais como: tomar banho, vestir-se, pentear-se, usar o sanitário, andar, alimentar-se, transferir-se.

<sup>13</sup> Atividades que permitem a integração de uma pessoa na comunidade, tais como: usar o telefone, ir às compras, gerir o dinheiro, limpar a casa, utilizar os transportes, utilizar equipamentos domésticos, cuidar da roupa, etc.

<sup>14</sup> Segundo a DGS (2014) a negligência ocorre quando ocorre a privação de cuidados por parte de quem é responsável pelos devidos cuidados à Pessoa Idosa. Pode dividir-se em negligência ativa, quando está presente intencionalidade por parte do agressor e negligência passiva, quando a deficiência de cuidados resulta de falta de conhecimento ou negação por parte de quem cuida.

socioeconómico atual, relacionado com as alterações familiares, dificuldades económicas, desemprego e coabitação, todos eles fatores de risco para a ocorrência da violência contra a Pessoa Idosa (Faleiros & Brito, 2007, Lopes et al, 2014).

A OMS (2002, p.3) define violência contra pessoas idosas como “qualquer ato único ou repetido, ou a falta de ação apropriada que decorra em qualquer relação, supostamente de confiança, que cause dano ou sofrimento a uma Pessoa Idosa”. A abrangência da natureza da violência, para além de física (uso da força física, resultando em lesões, dor ou incapacidade), sexual (qualquer ato sexual não consentido), psicológica (atos verbais ou não verbais que causem dano) e financeira (apropriação de fundos, bens ou propriedades, sem consentimento da pessoa), inclui atos de omissão e negligência no que respeita à satisfação de necessidades básicas da Pessoa Idosa e atos que se prendem com a relação de poder, tais como intimidações e ameaças (DGS, 2014; NCEA, 2013). Independentemente da natureza da violência, a mesma vai resultar em sofrimento, diminuição da qualidade de vida e bem-estar, impedindo a Pessoa Idosa de viver com dignidade e de participar numa vida social e culturalmente ativa (OMS, 2002). Tendo em conta o seu impacto, alguns autores descrevem que esta problemática pode ser equiparada a uma síndrome crónica (Redondo et al, 2012).

Segundo os últimos dados estatísticos, cerca de 12,3% dos idosos portugueses são vítimas de algum tipo de violência (INSA, 2014). A idade avançada e a dependência são apontadas como fatores agravantes, podendo o contexto domiciliário representar um espaço fértil para a propagação de situações violentas de natureza diversa (DGS, 2014). Segundo a APAV (2014) grande parte das Pessoas Idosas são vítimas no domicílio, pela própria família, sendo que 39% são filhos da vítima e 26,9% têm uma relação de cônjuge/companheiro(a). Os episódios tendem a ser de natureza continuada em 70% dos casos. (APAV, 2014). Em grande parte das vezes “observa-se um *continuum* da violência nas relações de intimidade ao longo dos anos, acompanhando o envelhecimento de ambos” (DGS, 2014, p. 76). Daí a necessidade de conhecer as dinâmicas relacionais e a qualidade das relações atuais e anteriores, de modo a identificar sinais de transmissão intergeracional de uma cultura de violência, bem como histórias prévias de violência na família. A inversão de papéis, onde filhos passam a ser cuidadores, nomeadamente em situações de grande dependência, podem igualmente potenciar condutas violentas

(DGS, 2014). A este respeito, Faleiros & Brito (2007) referem que as alterações socioeconómicas podem provocar desequilíbrios familiares e propiciar violência. Neste sentido, o desemprego, a dependência económica e a coabitação com o agressor da Pessoa Idosa, são considerados fatores de risco. Lachs & Pillmer (2004) referem que a demência, o isolamento social, características patológicas do agressor, nomeadamente perturbações psicológicas, o abuso de substâncias e a dependência em relação à Pessoa Idosa são considerados fatores precipitantes. Contudo, os fatores de risco devem ser cautelosamente ponderados, pois a sua presença não permite por si só tecer o diagnóstico. Apesar disso, os fatores de risco aumentam a probabilidade da vitimização, pelo que devem ser valorizados até confirmação da situação<sup>15</sup> (Lindebach et al, 2012).

Posto isto, convém ainda referir que a compreensão da génese da violência é assim vista com base no Modelo Ecológico<sup>16</sup>, onde fatores individuais (como história prévia de violência, existência de psicopatologias ou o abuso de substâncias), relacionais (por exemplo existência de conflitos), comunitários (isolamento, empobrecimento da população ou desemprego) e sociais (normas culturais que ignorem a violência e as desigualdades) interagem entre si, influenciando-se reciprocamente (DGS, 2014).

### **2.3. Atuação do Setor da Saúde em situação de violência contra a Pessoa Idosa**

O aumento da violência constitui uma preocupação internacional e é hoje uma prioridade nas agendas políticas. Em Portugal, a Lei 112/2009, de 16 de setembro, estabelece um regime jurídico relacionado com a violência doméstica, imputando ao Setor da Saúde um conjunto de responsabilidades a nível da prevenção, tais como: o desenvolvimento de políticas de sensibilização, prestação de cuidados de saúde multidisciplinares por técnicos especializados, a equidade no acesso à saúde, a garantia de isenção de taxas moderadoras no SNS, o apoio psicológico às vítimas e a criação de gabinetes de atendimento e tratamento com vista à proteção da

---

<sup>15</sup> Assunto desenvolvido no ponto 2.4 do presente relatório.

<sup>16</sup> Modelo, utilizado pela OMS desde 2002 e pela DGS (2014), que se baseia no modelo conceptual do desenvolvimento humano desenvolvido por Bronfenbrenner.

Pessoa. Em 2016 é aprovada em Parlamento, a proposta de isenção de custos judiciais para as vítimas de violência doméstica, eliminando assim os constrangimentos financeiros que possam advir no momento de apresentar queixa. Através do despacho nº. 6378/2013, de 16 de maio, é criado um Modelo de Intervenção Integrado, com a designação de Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV). Através da articulação entre serviços e profissionais, pretende-se prevenir a violência ao longo do ciclo de vida, onde se criam redes de equipas de prevenção da violência em adultos (EPVA), correspondendo assim a uma forma especializada e integrada do SNS responder à problemática da violência em adultos.

Face à complexidade do problema e às necessidades multidimensionais das vítimas, a intervenção nestas situações requer uma atuação em saúde que tenha em conta fatores biológicos, psicológicos, relacionais e sociais, numa ótica de Modelo de Cuidados Integrados (DGS, 2014). Esta abordagem agrega o conceito de interdisciplinaridade, com o estabelecimento de parcerias entre as diferentes disciplinas (enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, fisioterapia, força de segurança e justiça) e a criação de protocolos que orientem a intervenção (DGS, 2014).

O tema da violência deve ser abordado sem receios, com uma atitude livre de crítica e julgamentos, reconhecendo a presença de sentimentos que dificultam a abordagem do assunto pela família (Landenburger et al, 2011). A existência de laços relacionais entre a Pessoa Idosa e o agressor familiar fazem com que situações de violência sejam difíceis de detetar por parte dos profissionais de saúde, quer pela escassa formação especializada nesta área, quer pela recusa da vítima em denunciar e até mesmo assumir (DGS, 2014). A ambivalência de sentimentos (querer sair de uma relação violenta e não querer cortar laços familiares) é muito característica das vítimas de violência doméstica<sup>17</sup> e causa grande sofrimento emocional, muitas vezes prolongado no tempo. As vítimas tendem a experimentar sentimentos de culpa e de baixa autoestima, bem como vergonha, que impede o

---

<sup>17</sup> Entende-se por violência doméstica qualquer ação induzida de modo reiterado ou não e que inflija maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais a: cônjuge; ex-cônjuge; a uma pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agressor mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou análoga, ainda que sem coabitação; com o progenitor de descendente comum em 1º grau; ou a pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença ou dependência económica, que com ele coabite. (artigo 152º do Código Penal).

pedido de ajuda. O medo de represálias e de ter de abandonar o seu domicílio e ser institucionalizado, também é visto como um obstáculo.

O enfermeiro da comunidade apresenta maior proximidade ao contexto onde se poderá desenrolar a vitimização. Tal facto permite-lhe conhecer o contexto de vida da pessoa, bem como a dinâmica familiar, possibilitando-lhe planear um conjunto de cuidados de forma personalizada. Ao enfermeiro que entra no espaço da Pessoa Idosa e familiar cuidador, é-lhe exigido que possua competências relacionais e que assentem os seus alicerces numa conduta ética, de respeito pelo outro e partilha de poder (Collière, 1999; Gomes, 2013). É da responsabilidade dos enfermeiros identificar, prevenir e minimizar o impacto da violência na Pessoa Idosa, com base na melhor evidência científica, pois esta problemática está “a destruir as vidas dos idosos (...) o seu bem-estar mental e físico numa altura em que já são muito vulneráveis” (OMS, 2011).

#### **2.4. Intervenção especializada de Enfermagem na prevenção da violência contra a Pessoa Idosa**

A proximidade privilegiada com a Pessoa Idosa permite ao enfermeiro da comunidade dar resposta à complexidade dos problemas e necessidades da Pessoa, no seu contexto de vida (Heath. et al, 2005). Desta forma, pode ser um elemento ativo na vigilância e atuação a todos os níveis de prevenção da violência (Ploeg et al, 2009; Phelan, 2010; Landenburger et al., 2011). A prevenção primordial pretende evitar o aparecimento de fatores que contribuam para a violência, estando aqui contempladas intervenções na comunidade de educação para a cidadania e direitos das pessoas, bem como ações que alterem a estereotipada imagem do idoso (vistos como frágeis, fracos e dependentes), que contribuam para a promoção de um envelhecimento ativo, para a promoção da manutenção da autonomia e maximização das suas capacidades (OMS, 2011). Igualmente podem ser estratégias de prevenção primordial, a sensibilização da comunidade para o processo de envelhecimento, a intergeracionalidade e a formação de cuidadores de Pessoas Idosas, com vista à prevenção de complicações, por exemplo quedas e acidentes domésticos, os quais possam resultar dependências (segurança habitacional, iluminação, adaptação da habitação como a colocação de barras de apoio, ampliar

espaços de passagem e evitar uso de tapetes). As campanhas de sensibilização podem fazer-se com recurso a programas informativos (televisão, anúncios exteriores ou radio), distribuição de folhetos em centros de saúde, hospitais, juntas de freguesia, paróquias, escolas ou associações recreativas.

A prevenção primária consiste em ações desenvolvidas para evitar casos de violência, antes do seu aparecimento atuando portanto, nos fatores de risco (Bernal & Gutiérrez, 2005). É concretizada numa ótica de intervenções comunitárias, familiares ou individuais (Stanhope & Lancaster, 2010). Neste sentido é crucial conhecer a pessoa, o contexto sociofamiliar, a rede de suporte, a situação de saúde bem como as respostas da Pessoa Idosa e seu familiar cuidador, face às exigências que daí advêm (Phelan, 2010; Gomes, 2013). A atuação em fatores de risco é essencial na vertente preventiva, uma vez que a evidência científica demonstra que um fator de risco pode ser um elemento preditivo da vitimização (Lindebach et al, 2012). Neste sentido, a literatura recomenda a avaliação periódica do nível de dependência<sup>18</sup> (uma vez que quanto maior, maior o risco de violência) e a aplicação de instrumentos de avaliação de fatores de risco, como o é o caso do Indicators of Abuse Screen<sup>19</sup> (ver anexo I) (Cohen, 2011; Lindebach et al, 2012, Florêncio & Grossi, 2014). Identificados os fatores de risco, pode atuar-se por exemplo estimulando a autonomia e a preservação da independência, incentivando a participação em atividades sociais e comunitárias (de modo a evitar o isolamento social, incentivar a manutenção de laços familiares e de amigos, participação em grupos, universidades da terceira idade, centros de dia e nas atividades domésticas, dentro das suas possibilidades), ou aconselhando o controlo sobre os seus pertences<sup>20</sup>. A capacitação do cuidador é crucial, devendo igualmente ser fornecidos recursos sociais, comunitários e estratégias de *coping*<sup>21</sup>.

A prevenção secundária surge após ocorrência de violência, devendo o enfermeiro ser capaz de a identificar e intervir precocemente, em conjunto com a restante equipa multidisciplinar (Bernal & Gutiérrez, 2005; Phelan, 2010; DGS, 2014).

---

<sup>18</sup> Por exemplo pode ser usado o Índice de Barthel, um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez AVD's (comer, higiene, uso de sanitário, tomar banho, vestir e despir, deambular, controlo de esfíncteres, transferir-se da cama para a cadeira, subir e descer escadas). Esta escala foi validada e adaptada para Portugal por Paulo Lima (1995) e Ricardo Loução (1998).

<sup>19</sup> O Indicator of Abuse Screen, foi desenvolvido por Reis e Nasmiash, (1998), e é especificamente direcionado para identificar fatores de risco na população idosa, no domicílio

<sup>20</sup> Prevenção da violência financeira.

<sup>21</sup> Muitas vezes a negligência está relacionada com défice de conhecimentos.

A recolha de informação deve ser sistemática, permitindo identificar os indicadores e sinais de violência, assim como avaliar a natureza, o impacto e o risco. Portanto, os enfermeiros “devem, como rotina, conduzir uma avaliação de risco em todos os utentes, que lhes permita identificar sinais e sintomas de abuso” (Lopes et al, 2012, p. 58). O Elder Assessment Instrument (anexo II), é um instrumento que permite a identificação de sinais e sintomas relativos à natureza da violência, podendo ser um recurso eficaz para o enfermeiro (Fulmer, 2008). A intervenção do profissional deve ter sempre em vista a segurança e defesa dos direitos da Pessoa Idosa, respeitando as suas decisões. Não devem ser menosprezados sinais como a demora na procura de cuidados médicos, explicações confusas ou incongruentes para determinadas lesões ou a procura recorrente dos cuidados de saúde (OMS, 2002). A revisão de literatura de Sandmoe & Kirkevold (2011) refere que o aumento do número de visitas domiciliárias (VD) é uma estratégia eficaz para lidar com situações de violência. Tal permite igualmente incluir o cuidador nos cuidados, devendo as estratégias passar pelo apoio e formação continuada ao mesmo.

A prevenção terciária diz respeito a intervenções direcionadas para a reabilitação, eliminação de recorrências e minimização do impacto e incapacidade. Para tal, as intervenções devem ser específicas, quer para o idoso (apoio médico, psicológico, social e económico), quer para o seu cuidador (por exemplo intervenções psicoterapêuticas) (Ploeg et al, 2009; DGS, 2014). Ressalte-se que este nível de prevenção pode envolver encaminhamento jurídico com consequente articulação com apoios e recursos existentes na sociedade, como a integração em casas-abrigo. Pretende-se igualmente desenvolver uma tomada de decisão consciente, facilitando o acesso a ajudas sociais. Por outro lado, por exemplo em casos de negligência devem ser incentivadas estratégias de *coping* do familiar cuidador (capacitação do familiar cuidador).

## **2.5. Contributo da ‘promoção do cuidado de Si’ para a prevenção da violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador**

Segundo o estudo de Alon & Bergwarman (2014) <sup>22</sup>, a aplicação de um modelo de intervenção traz benefícios para os profissionais lidarem com a

---

<sup>22</sup> Estudo prospetivo observacional (Apêndice X).

problemática da violência. Como foi já referido, um contexto caracterizado pela sobrecarga do cuidador, elevado grau de dependência e imagens sociais negativas do envelhecimento, contribuem para visões estereotipadas e à confusão entre o processo de senescência e senilidade, podendo potenciar o risco de violência. Neste sentido, o enfermeiro surge com o crucial papel de criar condições que ajudem a Pessoa Idosa a experienciar as suas transições situacionais (como o envelhecimento), de saúde e doença, mobilizando recursos que lhe permitam adaptar-se (Meleis, 2010). Para tal, o enfermeiro necessita reconhecer que a pessoa é responsável pelo seu projeto de vida e de saúde, imputando-lhe poder numa tomada de decisão consciente, intervindo com ela em parceria (Gomes, 2013). Numa intervenção em parceria, é estabelecida uma relação de confiança, que possibilita ao enfermeiro numa primeira fase **revelar-se**, ou seja dar-se a conhecer e conhecer a pessoa. Isto permite-lhe **envolver-se** com as particularidades da pessoa e da situação, de forma a planificar um conjunto de intervenções a seguir. Nesta fase é possível conhecer situações de risco de violência e avaliar a sobrecarga do cuidador, pois foi já estabelecida uma relação de confiança que facilitou a transparência e a segurança de todos *se darem a conhecer* (Gomes, 2013). Após o conhecimento global da situação, o enfermeiro coloca ao dispor da pessoa os seus conhecimentos permitindo **capacitar** ou **possibilitar** o cuidado e “construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir” (Gomes, 2013, p. 101). A partilha de responsabilidades permite explorar situações, mesmo as mais complexas e maximizar capacidades, onde se desenvolvem esforços comuns e todos se **comprometem** a atingir os objetivos delineados (Gomes, 2013). Desta forma é possível a progressão do projeto de vida e de saúde da pessoa, através do seu *empowerment* e da capacitação do cuidador familiar que o leva a **assegurar o cuidado do Outro** (capacidade do cuidador em cuidar da pessoa e reduzir fatores de risco de violência, como por exemplo de negligência); ou **assumir o cuidado de Si**, dotando a Pessoa Idosa de ferramentas que lhe permitam reconhecer e assumir sinais de violência<sup>23</sup>, reduzindo o seu impacto e melhorando a sua qualidade de vida (Gomes, 2013). O enfermeiro auxilia a Pessoa Idosa no aproveitamento das suas capacidades funcionais e a parceria surge como um processo de negociação e

---

<sup>23</sup> Muitas vítimas de violência experimentam sentimentos de medo, vergonha e culpabilizam-se pela situação.



compromisso, onde a pessoa é vista como parceiro ativo<sup>24</sup> nos cuidados, que se responsabiliza pelo seu projeto de saúde, tendo por isso o poder de tomar decisões.

O enfermeiro da comunidade, ao intervir em parceria com a Pessoa Idosa/familiar cuidador no domicílio, promove a saúde e previne situações violentas e suas complicações. Desta forma contribui para preservar as capacidades cognitivas e funcionais da Pessoa e atua em fatores de risco que contribuem para a violência, como é o caso dependência e a falta de literacia em saúde e sobre os Direitos Humanos. Ao mesmo tempo intervém aumentando os seus conhecimentos e competências de cuidar, quer no familiar cuidador (para cuidar do Outro), quer na Pessoa Idosa (para cuidar de Si) (Gomes, 2013).

---

<sup>24</sup> Segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), que refere que os cidadãos devem ter um papel ativo na sua saúde, fazendo recurso aos seus direitos e cumprindo os seus deveres.

### **3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO**

Segundo Gil (1995, p. 27), método “é o caminho para se chegar a determinado fim (...) o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento”. Nesta lógica, a metodologia utilizada neste trabalho foi a de projeto, que apresenta uma abordagem centrada nos problemas, onde o discente é um agente dinâmico que constrói o seu projeto de aprendizagem, contrapondo-se à tradicional concepção do “mesmo para todos, ao mesmo tempo” (Rangel & Gonçalves, 2010, p. 22). Segundo Ruivo et al (2010, p.3), no que se refere a esta metodologia, o “objetivo principal centra-se na resolução de problemas e, através dele adquirem-se capacidades e competências”, baseadas num pensamento crítico-reflexivo que edifica a ponte entre teoria e prática. A utilização da metodologia de projeto comportou as etapas de diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento de atividades, execução, avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo, et al, 2010). Neste sentido apresenta-se, de seguida a finalidade e objetivos gerais do estágio, assim como as atividades desenvolvidas que permitiram e justificaram o desenvolvimento das competências para a obtenção do grau de especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da Pessoa Idosa.

#### **3.1. Finalidade**

Este projeto teve como finalidade desenvolver competências de Enfermagem de mestre e especialista no cuidado à Pessoa Idosa, na área médico-cirúrgica, nomeadamente na prevenção da violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador. Fundamentou-se o desenvolvimento do processo pedagógico nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, enumeradas pela OE e nas competências de mestre descritas pelo plano de estudos da ESEL.

Importa ressaltar que todos os princípios éticos foram assegurados: solicitação e aprovação de campos de estágio, consentimentos para a colheita de dados, confidencialidade, privacidade, dignidade, autonomia, não-maleficência, honestidade e responsabilidade profissional (OE, 2003).

### 3.2. Descrição e reflexão das atividades desenvolvidas

Para dar resposta aos objetivos gerais do projeto (quadros 1, 2 e 3), foram desenvolvidas um conjunto de atividades descritas no presente ponto. O primeiro objetivo geral (quadro 1), tinha em vista o desenvolvimento de competências específicas de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à Pessoa Idosa e familiar cuidador, em contexto hospitalar e na comunidade

Objetivo Geral	Objetivos Específicos
<b>Desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à Pessoa Idosa e familiar cuidador, em contexto hospitalar e na comunidade</b>	1) Aprofundar conhecimentos sobre o cuidado de Enfermagem especializado à Pessoa Idosa; 2) Conhecer as especificidades da Pessoa Idosa; 3) Prestar Cuidados de Enfermagem centrados na Pessoa Idosa, que promovam o envelhecimento ativo e o cuidado de Si; 4) Intervir em Parceria junto da Pessoa Idosa e seu cuidador, na gestão dos cuidados de saúde.

**Quadro 1 – Objetivo geral 1 e respetivos objetivos específicos**

#### **Atividade 1: Diagnóstico pessoal sobre o nível de desenvolvimento profissional, competências pessoais e competências a desenvolver**

Para a realização de uma reflexão pessoal acerca do nível de desenvolvimento profissional, das competências adquiridas e a desenvolver, recorreu-se ao Modelo de Reflexão Estruturada de Johns (2009)<sup>25</sup>. Tendo por base o nível de aquisição de competências de Benner (2001), autoavalei-me no nível de competência proeficiente, no que respeita a cuidar da Pessoa Idosa. Segundo a autora, um enfermeiro proeficiente “apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados (...) aprende pela experiência e orienta-se diretamente sobre o problema” (Benner, 2001, p. 56). Ao longo dos 8 anos de experiência em contexto hospitalar<sup>26</sup>, procurei individualizar os cuidados prestados, respeitando os valores, preferências e tomadas de decisão da Pessoa Idosa. Os diagnósticos de enfermagem consideraram uma avaliação multidimensional, com respeito pela autonomia, preservando e maximizando as capacidades da Pessoa Idosa. Todavia, não possuía competências no que concerne aos contextos da

<sup>25</sup> É um Modelo de Reflexão guiada, baseado na resposta a cinco perguntas-chaves. Cada uma procura questionar as práticas através de uma reflexão detalhada, permitindo, desta forma a aprendizagem com base na experiência (OE, 2012).

<sup>26</sup> Em serviços de adultos, cuja faixa etária sempre foi elevada.

comunidade e em situação de urgência. A realização destes estágios contribuíram para colmatar essa lacuna.

No que respeita à problemática da violência, considerei que existia um lapso nas minhas competências, que não me permitia saber agir eficientemente nestas situações. Identifiquei igualmente que não possuía competências no que respeitava à prestação de cuidados à Pessoa Idosa com uma situação de doença aguda ou agudização de doença crónica, pelo que associei a realização de um estágio num serviço de urgência (SU) de Lisboa. Com o CMEMC pretendi desenvolver competências para atingir o nível de perita, uma vez que “a enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base, situações concretas que ela já viveu e vai diretamente ao centro do problema” (Benner, 2001, p. 33). Para atingir este nível no cuidado à Pessoa Idosa, e nomeadamente com as vítimas de violência, necessitei de adquirir competências nas áreas de enfermeiro especialista referentes aos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2010).

Esta atividade permitiu o processo reflexivo sobre as práticas, recorrendo aos conteúdos das UC's de Supervisão Clínica, Enfermagem ao Idoso com Doença Crónica, Enfermagem em Contexto de Vida da Pessoa Idosa e Enfermagem Avançada. A reflexão é considerada um excelente promotor de aprendizagem e um meio de melhorar as práticas, uma vez que nos confronta com as nossas ações (Hyrkas et al, 2001). Neste sentido, o processo de reflexão acerca das competências existentes e as que se pretenderam atingir, apresentou um potencial de desenvolvimento, pois levou à consciência sobre as práticas, permitindo um compromisso de desenvolvimento com vista à melhoria da qualidade de cuidados prestados (Santos, 2009; OE, 2010). A par disto, contribuiu para o desenvolvimento das competências essenciais de mestre e especialista que impõem uma aprendizagem autónoma e ao longo da vida (Decreto-Lei 74/2006 de 24 de março; OE, 2010).

## **Atividade 2: Negociação e solicitação dos campos de estágio**

A procura de um local de estágio pela aluna, rompeu com as metodologias de ensino conservadoras que adotam a imagem de um docente autocrático, atribuindo ao discente um papel de recetor passivo e sem qualquer crítica e reflexão (Behrens, 2005). A metodologia ativa é baseada na autonomia do aluno, atribuindo-lhe um maior domínio e responsabilização do seu processo de ensino, reconhecendo-lhe a capacidade de autogerir o seu processo de formação (Mitre et al, 2008). Foi neste sentido que se procedeu à indagação e negociação com os enfermeiros do local de estágio, na fase de desenho do projeto, decorrida durante a UC de Opção II do CMEMC, tendo sido obtida a validação dos campos de estágios. Posteriormente foi redigido o pedido formal pela ESEL a fim de finalizar o processo burocrático. A escolha do espaço temporal em que se realizaram ambos os estágios, surgiu da reflexão e lógica cronológica, optando-se por iniciar o estágio na ECCL e terminar no SU<sup>27</sup>.

Esta atividade contribuiu para desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados, uma vez que permitiu a apresentação do projeto aos enfermeiros para posterior validação do mesmo. A procura e negociação do local de estágio atribuíram ao estudante um papel ativo no seu processo de aprendizagem (Tavares, 2006). Ao mesmo foi um agente dinamizador da equipa, através da proposta de um projeto que contribuiria para a melhoria dos cuidados prestados (OE, 2010). O processo de negociação procurou a aceitação do projeto, após o esclarecimento e argumentação de ideias. Para tal foi necessário recorrer a competências de comunicação, como a clareza, assertividade, flexibilidade e escuta ativa. Contribuiu igualmente para o exercício da autonomia no processo de tomada de decisão, uma vez que foi proposto um desafio, em detrimento da apresentação de um produto final (fornecimento das informações acerca do local de estágio e datas, pela equipa docente).

---

<sup>27</sup> Desta forma tomou-se inicialmente consciência do contexto de vida da Pessoa Idosa e das especificidades das situações que contribuem para a agudização da doença crónica. Por exemplo as causas da não adesão à terapêutica que levam à agudização de patologias, sejam elas por causas económicas, devido aos efeitos secundários, ou até ao défice de conhecimento e responsabilização pelo processo de cuidar do Outro ou de Si.

### **Atividade 3: Observação, reflexão e participação na intervenção do papel do enfermeiro especialista no cuidado à Pessoa Idosa/familiar cuidador, no domicílio**

A OE (2010) reconhece ao enfermeiro especialista um conjunto de competências específicas que lhe permite exercer uma prática de enfermagem avançada. Assim, com o objetivo de desenvolver essas competências do cuidado de enfermagem médico-cirúrgica à Pessoa Idosa procurou-se, no decurso do estágio numa ECCL, observar e refletir acerca da intervenção do enfermeiro especialista. Segundo Hyrkas et al (2001), a reflexão em contexto clínico promove o desenvolvimento do indivíduo, sendo vista como um processo de aprendizagem, uma vez que refletir acerca do que se faz, permite emitir julgamentos clínicos que orientam o futuro agir profissional ética e teoricamente sustentado.

Neste sentido, apraz-nos refletir acerca da atual expressão do envelhecimento populacional e dos consequentes novos desafios para o Setor da Saúde (INE, 2011). Um deles relacionado com a necessidade de emergir um novo paradigma de cuidar. O aumento das doenças crónicas, da incapacidade e da dependência refletem uma maior procura nos cuidados de saúde (Escoval, 2010). Nesta aceção, Modelos de Cuidados assentes em visões Biomédicas não podem ser aceites numa atual situação epidemiológica onde a cronicidade e a incapacidade imperam em muitos domicílios. Desta forma, o enfermeiro especialista na vertente da Pessoa Idosa, assume crucial relevância na prestação de cuidados num clima de proximidade, onde devem ser concretizados um conjunto de domínios de intervenção previstos no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006). Este Programa assenta em três domínios, são eles: a promoção de um envelhecimento ativo, a adequação dos cuidados prestados às necessidades específicas da Pessoa Idosa e a promoção da sua autonomia e independência. Nesta ótica, e corroborando o atual Plano Nacional de Saúde (2010-2016) que aponta o contexto domiciliário e consequente visita domiciliária, como uma oportunidade à promoção e manutenção da saúde da Pessoa Idosa dependente, a capacitação do cuidador familiar constitui uma intervenção igualmente prioritária para a complementaridade e garantia dos cuidados prestados (DGS, 2004).

Tendo em conta os pressupostos anteriormente referidos, procurou-se desenvolver uma prática de enfermagem avançada, que contemplasse uma maior competência no exercício da profissão. Após observação, análise e reflexão crítica<sup>28</sup>, foi-se gradualmente participando no papel e intervenções do enfermeiro especialista no cuidado à Pessoa Idosa, no domicílio. Esta prática foi baseada numa lógica conceptual, traduzindo um nível avançado de prestação de cuidados e teve como objetivo questionar as práticas e reconhecer as necessidades da Pessoa Idosa e seu familiar cuidador. A Pessoa Idosa foi vista como um ser único de cuidados com necessidades específicas, procurando-se promover o seu bem-estar e saúde. Foram também planeados e coordenados serviços e recursos da comunidade (como a inclusão em centros de dia, com o intuito de promover o envelhecimento ativo e a articulação com o apoio da fisioterapia, com vista à reabilitação e promoção da autonomia e independência).

Para que este contexto de cuidados pudesse ser mantido, foi necessário que o familiar cuidador garantisse a qualidade dos cuidados, pelo que a sua capacitação constituiu uma intervenção determinante. Foram observadas inúmeras situações que careceram de suporte, quer em termos de educação para saúde, quer em termos de capacitação para os cuidados ou mesmo de necessidade de articulação e apoio social. O apoio domiciliário surgiu muitas vezes na sequência das altas hospitalares, que tendem a ser cada vez mais curtas<sup>29</sup> (Pereira & Costa, 2007). Porém impõe-se o desafio de preparar as famílias em poucos dias, sendo este trabalho muitas vezes complementado pelos enfermeiros da comunidade. Um dos casos observados foi a inexperiência em cuidar por parte de uma esposa que se deparou com a inesperada dependência do marido após este ter sofrido de um AVC<sup>30</sup>. Através do estabelecimento de uma relação de confiança e da negociação e planeamento de um projeto de cuidados, foi possível, com o devido tempo, integrar a cuidadora no projeto de saúde, ouvir as suas preocupações e necessidades e desenvolver a sua capacitação para cuidar do marido (foram promovidos ensinamentos sobre os cuidados de higiene, posicionamentos, hidratação corporal, alimentação, etc.). Esta relação contou

---

<sup>28</sup> Algumas das reflexões encontram-se no apêndice V.

<sup>29</sup> Idealmente é esperado que o tempo de permanência hospitalar com melhoria clínica seja o menor possível, evitando internamentos desnecessários, complicações (como infeções nosocomiais) e custos humanos e materiais adicionais. Contudo, muitos idosos tiveram alta com elevados níveis de dependência, sendo que os cuidadores não se encontravam preparados para os assistir nesta AVD.

<sup>30</sup> Após a alta hospitalar, a esposa viu-se confrontada com a prestação total de cuidados ao marido, que até então era independente.

com uma atitude de empatia onde se compreenderam as dificuldades de uma pessoa que nunca se tinha deparado com a situação de cuidar do Outro. Desta forma dinamizou-se uma parceria nos cuidados entre utente/enfermeira/familiar cuidador (Gomes, 2013). Esta parceria surgiu quando o Cuidado ao Outro foi assegurado tendo em conta todas as suas dimensões e respeitando as suas escolhas, valores, direitos, recursos socioculturais e económicos, bem como o modo como estes influenciaram a sua resposta perante a situação de doença ou perda de autonomia (Partis, 2009; Gomes, 2013). A educação para a saúde em relação à atual incapacidade, englobou a promoção da autoestima e a informação sobre a sua condição de saúde e limitações resultantes. Isto contribuiu para uma cultura de *empowerment*, uma vez que se reconheceu a pessoa como um sujeito ativo no seu projeto de saúde, detentor de capacidades que lhe permitiram exercer a sua autonomia (OE, 2009). Tal permitiu uma aprendizagem e um desenvolvimento de uma consciência crítica, na qual a Pessoa Idosa encontrou sentido para o modo de viver. Ressalta-se aqui a importância do *empowerment* da Pessoa Idosa, tendo em conta as suas capacidades e potencialidades, por forma a obter controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2013). Em gerontologia isto assume grande relevância devido à prevalência de doenças crónicas. Intervenções conducentes de enfermeiro especialista, baseadas na evidência permitiram apoiar a adesão à terapêutica e a gestão da doença crónica. A não adesão à terapêutica é uma das causas significativas de agudizações, com consequentes reinternamentos hospitalares desnecessários (Van Der Wal et al, 2005). A evidência científica demonstra que a intervenção no domínio dos cuidados primários melhora significativamente a adesão ao tratamento (Mantovani, 2015). Portanto, o enfermeiro que exerce funções na comunidade apresenta um papel crucial na gestão contínua da doença crónica, englobando um conjunto de cuidados permanentes por forma a evitar agudizações. As VD após alta hospitalar promoveram o reforço de informação acerca do estado de saúde-doença e a identificação de sintomas de agravamento, que permitiram intervir precocemente (Mussi et al, 2013). A gestão do regime terapêutico, através da monitorização do cumprimento da terapêutica e a utilização de estratégias específicas e adaptadas, a par com o conhecimento dos critérios de Beers<sup>31</sup>, permitiu desenvolver competências nesta área. A título de exemplo, a fim de se evitar a confusão na tomada de medicação, em

---

<sup>31</sup> Que apontam uma listagem de medicamentos como inapropriados ou pouco seguros, quando utilizados nesta faixa etária.



muitas VD confirmou-se o esquema terapêutico dos utentes. Em utentes e familiares cuidadores onde o risco de confusão entre medicamentos era elevado, optou-se pela preparação da medicação recorrendo-se ao método de *unidose*, sendo a mesma separada por refeições, durante a semana. Percebeu-se de igual forma, que certos utentes não conseguiam retirar a medicação do blister, ou não conseguiam identificar o medicamento a tomar (por não conseguirem ler), pelo que se optou também por preparar a medicação sobre o mesmo método.

No decorrer da prática clínica, surgiu o confronto com situações específicas que careceram de um processo de tomada de decisão eticamente fundamentado. Para que esta decisão tivesse em vista a qualidade dos cuidados prestados, ela foi centrada na pessoa/familiar cuidador e foi fruto de um raciocínio clínico<sup>32</sup>. Estas decisões não tiveram pressupostos de procedimento rígidos, uma vez que cada pessoa é um ser único que vive uma situação específica. Assim as situações foram refletidas num processo contextualizado, que dependeu do seu conhecimento global e avaliação multidimensional (Tanner, 2006; Fulmer, 2007). A elaboração de projetos de cuidados teve em conta um cuidado centrado, uma vez que se fundamentou o agir profissional no reconhecimento do “indivíduo como uma pessoa que pode experimentar a vida (...) apesar de doença severa; [devendo-se] respeitar as escolhas dos clientes; usar a vida passada da pessoa e a sua história na oferta dos cuidados; e focalizar-se mais naquilo que a pessoa faz do que nas habilidades que perdeu” (Oliveira, 2011, p. 33). É de salientar ainda o desenvolvimento de intervenções que pretenderam prevenir as consequências da síndrome da imobilidade, como a prevenção da úlceras por pressão (ensino sobre como mobilizar a pessoa, frequência das mobilizações, alimentação, etc.), procurando manter a Pessoa Idosa o mais independente possível.

A análise e reflexão contínua, acompanhada de uma pesquisa ativa permitiu o florescer de uma cultura reflexiva, assente no pressuposto de que a reflexão na ação e sobre a ação, contribui para o desenvolvimento autoformativo que orienta a compreensão, a análise e a fundamentação da prática (Alarcão, 2013). Recorreu-se igualmente à escrita dessas reflexões (apêndice VI). Esta estratégia contribuiu para o

---

<sup>32</sup> O raciocínio clínico é um processo intencional controlado e deliberado, que deve ser centrado nas questões e problemas da Pessoa, para chegar a um resultado, ou seja, a um julgamento clínico. É um processo mental, através do qual se identificam problemas e intervenções de modo a atingir determinados resultados, sendo portanto uma escolha feita com base na evidência e conhecimento prático.

conhecimento prático acerca das competências do enfermeiro especialista no cuidado à Pessoa Idosa e seu familiar cuidador, permitindo progressivamente passar de uma postura de observação do papel do enfermeiro orientador, à adoção de uma postura participativa nos cuidados. Possibilitou de igual forma aplicar os conhecimentos aprendidos nas UC's de Enfermagem ao Idoso com Doença Crónica, Envelhecimento Ativo, Socioantropologia da Doença Crónica e Enfermagem em Contexto de Vida da Pessoa Idosa, acerca das particularidades e necessidades das Pessoas Idosas, bem como das estratégias de *coping* eficazes em relação à gestão da doença crónica.

Posto isto, a reflexão sobre a prática e o usufruto do conhecimento científico permitiram um agir profissional, ético e legal que contribuiu para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e um crescimento pessoal e profissional onde se procurou basear a praxis clínica especializada em padrões de conhecimento científicos (OE, 2010).

#### **Atividade 4: Realização de um estágio de observação participante num Serviço de Urgência Geral (SUG) de Lisboa**

Com o envelhecimento demográfico, relacionado com a alteração do padrão epidemiológico, verifica-se um aumento do número de Pessoas Idosas que recorrem aos SU (Tavares, 2012). A realização de um estágio num SUG assume relevância quando se compreende a importância de uma Enfermagem personalizada e multidimensional à Pessoa Idosa em todos os seus contextos de vida. Assim, é de todo pertinente que o enfermeiro candidato a especialista e mestre na vertente da Pessoa Idosa, desenvolva competências de cuidar neste contexto, de modo a aumentar a segurança nos cuidados em situação de doença aguda ou agudização de doença crónica. Por conseguinte, foi realizado um estágio de observação participante, com a duração de quatro semanas (100 horas), num SUG de Lisboa.

Para muitos autores aprender experienciando é a forma de garantir a consolidação dos conhecimentos adquiridos em sala de aula, uma vez que existe o confronto dos saberes teóricos com a prática, aprendendo-se a dar respostas adequadas a situações imprevisíveis com que o indivíduo se depara no decurso profissional (Cruz, 2008; França, 2013). Foi desta forma que este campo de estágio

proporcionou variadas experiências e vivências no âmbito da prática de cuidados de Enfermagem especializados na área médico-cirúrgica. A gradual participação na prestação de cuidados permitiu adicionar aos conhecimentos adquiridos em contexto de comunidade, outros que possibilitaram a prestação de cuidados à Pessoa Idosa em situação de urgência e emergência. Veio também colmatar uma carência formativa e profissional, permitindo desenvolver competências de tomada de decisão rápida (em situação de descompensação de doença crónica por exemplo); de capacidade de compreensão e resolução de problemas (através de uma pesquisa bibliográfica contínua); de reflexão acerca de questões éticas em caso de fim de vida (ordem de não reanimar, facilitar permanência da família junto da pessoa, com as limitações do espaço físico do serviço) e de aquisição de novos conhecimentos (por exemplo como atuar em caso de hipotermia grave na Pessoa Idosa, utilizando uma infusão de soro quente na bexiga). Ao nível de especialista, estas aprendizagens traduziram-se numa maior responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade e na procura por novos e atualizados conhecimentos, no domínio das aprendizagens profissionais. O campo de estágio permitiu igualmente observar que, no caso das Pessoas Idosas a instalação de uma doença aguda pode ser muito perturbadora, sendo muitas vezes auto percebida como uma possibilidade de finitude. A própria avaliação e diagnóstico são mais complexos, devido à representação atípica dos sintomas associada às comorbilidades, à polifarmácia, às dificuldades cognitivas e até de comunicação (Salvi et al, 2007). Pelas suas características, a Pessoa Idosa que recorre ao SU apresenta maior risco de desenvolvimento de complicações, como por exemplo uma maior suscetibilidade a infeções. Por vezes, a par da institucionalização a melhoria clínica não é acompanhada com a melhoria em termos funcionais e cognitivos, contribuindo para o agravamento da dependência da Pessoa Idosa no momento da alta (Azeredo, 2014). Apesar de se reconhecerem todas estas especificidades, o Modelo de Cuidados de Saúde encontra-se tendencialmente direcionado para responder a episódios agudos de doença, tornando-se por vezes inadequado na resposta às necessidades e especificidades da população idosa, “gerando internamentos inevitáveis, com desperdício de recursos, (...) [e] aparecimento de dependências” (DGS, 2004, p. 10). Esta ideia é corroborada por Azeredo (2014) que expressa a necessidade de se “repensar o serviço de urgência hospitalar (...) para fazer face à afluência de idosos a

este serviço e neles minimizar os danos causados pela sua permanência no mesmo” (Azeredo, 2014, p. 24). Por outro lado, o modelo tradicional focado na triagem, tratamento e encaminhamento rápido de pessoas tendo os mesmos pressupostos de uma faixa etária desde os 18 anos, não permite conhecer todas as particularidades e necessidades das Pessoas Idosas. A falta de especificidade dos fluxogramas de triagem pode não valorizar determinadas características e não identificar Idosos em risco. É exemplo disto situações de infeções, que no caso dos Idosos ocorrem muitas vezes sem febre, podendo passar despercebidas, ou serem triadas com a cor verde<sup>33</sup>. Desta forma, a necessidade de uma avaliação individualizada e multidimensional traz benefícios à identificação de Pessoas Idosas em risco de desenvolverem complicações, através da antecipação de problemas clínicos (Samaras et al, 2010; Salvi et al, 2007; Tavares, 2012). Tudo isto levou à reflexão acerca da necessidade de existirem SU específicos para esta população cada vez mais dominante, que disponham de protocolos de atuação próprios e profissionais formados no atendimento geronto-geriátrico. Esta reflexão vem no sentido de procurar um ambiente terapêutico seguro, sendo uma oportunidade de melhoria contínua dos cuidados (OE, 2010).

### **Atividade 5: Contribuição para o desenvolvimento na equipa de uma intervenção de Enfermagem que identifique e previna complicações resultantes da hospitalização**

Pelas suas características, a Pessoa Idosa que recorre ao serviço de urgência, apresenta um risco acrescido de efeitos adversos, como é o caso do declínio funcional (Tavares, 2012; Azeredo, 2014). A sinalização de condições que comprometam a saúde da Pessoa Idosa, permite ao enfermeiro implementar intervenções preventivas e terapêuticas que melhoram a sua qualidade de vida e bem-estar (Fulmer, 2007). Com este objetivo, a Nurses Improving Care for Health Systems Elders (NICHE), desenvolveu um instrumento que designou SPICES. Esta nomenclatura é um acrónimo que aponta para as seis Síndromes Geriátricas mais vulgarmente afetadas durante a hospitalização. Este instrumento permite obter de

---

<sup>33</sup> A cor verde no Sistema de Triagem de Manchester pode ter um tempo estimado até duas horas. Um doente debilitado, por exemplo com zonas cutâneas sujeitas a pressão, por um período superior a 2 horas pode desencadear nelas uma situação de isquémia grave.

forma eficiente as informações necessárias à prevenção de alterações de saúde e consequente declínio funcional (Fulmer, 2007; Vieira, 2013). Dizem respeito a problemas de sono (S- sleep disorders), problemas com a alimentação e alimentar-se (P- problems with eating and feeding), incontinência de esfínteres (I- incontinence), estado confusional (C- confusion), perigo de quedas (E- evidence of fall) e integridade cutânea (S- skin breakdown) (Fulmer, 2007).

Em contexto de urgência, segundo os autores Wilber et al (2006), o estado cognitivo do doente idoso é muitas vezes ignorado, especialmente no momento de admissão, pela necessidade de rapidez de triagem das situações agudas. Contudo, devido ao súbito aparecimento de estados de confusão aguda, a não avaliação do estado mental e cognitivo do idoso, pode predispor a perda de oportunidade em promover intervenções que mantenham a saúde mental e previnam o *delirium* (Boltz et al, 2013). As alterações do padrão de sono são comuns durante o internamento hospitalar e mais ainda na Pessoa Idosa. O stress do internamento, o comprometimento do estado de saúde e bem-estar, o despertar para os cuidados de rotina, a dor, os efeitos dos medicamentos, as mudanças no ambiente e o ruído podem aumentar ainda mais as perturbações de sono neste contexto (Vieira, 2013). O envelhecimento condiciona por vezes alterações ao nível do paladar e do olfato, que acoplado à falta de peças dentárias e à diminuição da produção de saliva, pode muitas vezes diminuir o apetite e o interesse pela alimentação. Uma alimentação adequada contribui para a saúde e bem-estar, ao mesmo tempo que previne complicações relacionadas com doenças crónicas, ou até mesmo desenvolvimento de úlceras por pressão. A ida a um SU pode ser uma oportunidade para se detetarem todos estes síndromes geriátricos (Salvi et al, 2007; McCusker & Verdon, 2006). Neste sentido, e tendo em conta a necessidade de formação na área geriátrica descrita na literatura, pretendeu-se dar um contributo para a mesma (Graf et al, 2010; Conroy et al, 2011; Ellis et al, 2011; Barnes et al, 2012; Boltz et al, 2013). A estratégia utilizada foi a elaboração de um poster relacionado com a identificação precoce das síndromes geriátricas comuns durante a hospitalização, intitulado “A Pessoa Idosa no Serviço de Urgência - Aplicação do Instrumento SPICES” (apêndice VII). A escolha desta estratégia prendeu-se com o facto do poster ser um instrumento de consulta rápida e facilmente acessível a todos os elementos da equipa, quando colocado num local estratégico. Tendo isto em mente, o poster foi colocado, após as devidas

autorizações, na área de trabalho de Enfermagem. A escolha do tema em questão prendeu-se com a importância da prevenção destes síndromes, descrita anteriormente e face ao desconhecimento do instrumento pela equipa.

Desta forma contribuiu-se para o desenvolvimento de competências e capacitação da equipa num aspeto da área geronto-geriátrica, ao mesmo tempo que se garantiu a segurança e qualidade dos cuidados prestados à Pessoa Idosa em situação de urgência, através da formação de medidas de identificação precoce e prevenção de complicações resultantes da hospitalização (OE, 2010). Esta atividade contribuiu igualmente para o desenvolvimento de competências de mestre e especialista, nos domínios da aprendizagens profissionais, da gestão dos cuidados e da melhoria da qualidade, uma vez que se demonstrou conhecimento e entendimento sobre as questões relativas à necessidade de um ambiente seguro, se identificou uma oportunidade de melhoria e uma necessidade formativa da equipa, tendo-se agido com responsabilidade profissional ao ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área de especialidade que se pretende desenvolver (OE, 2010).

#### **Atividade 6: Análise, reflexão e participação na intervenção do papel do enfermeiro especialista no cuidado à Pessoa Idosa/familiar cuidador no SU**

Com o objetivo de desenvolver competências na área da enfermagem médico-cirúrgica à Pessoa Idosa em situação de urgência, procurou-se analisar, refletir e participar nas intervenções de enfermagem ao nível de especialista, num SU. Para isso contou-se com a orientação da enfermeira especialista<sup>34</sup>, e com uma metodologia de reflexão das práticas diariamente, das quais resultaram um conjunto de reflexões escritas (apêndice VIII).

Conhecendo a evidência científica<sup>35</sup> em relação às complicações decorrentes da hospitalização da Pessoa Idosa, desenvolveu-se um conjunto de intervenções com vista à sua prevenção. Foi exemplo disso a prestação de cuidados individualizados e em parceria, que englobou o respeito pelas potencialidades e necessidades da pessoa, através de uma avaliação multidimensional que permitiu identificar

---

<sup>34</sup> Contudo Especialista na área da reabilitação. Num serviço tão complexo e com uma taxa de admissão de Pessoas Idosas tão elevada, urge refletir acerca da necessidade de existirem enfermeiros especialistas na área da Pessoa Idosa nestes contextos.

<sup>35</sup> Foi desenvolvido um contínuo trabalho de pesquisa ao longo do estágio.

precocemente fatores de risco e síndromes geriátricas (apêndice IX). A título de exemplo destaca-se a avaliação do estado cognitivo, que permitiu a monitorização e prevenção de estados confusionais normalmente de início súbito, e que podem contribuir para o declínio cognitivo. Para isso recorreu-se à revisão de literatura, tendo-se optado por utilizar a escala Confusion Assessment Method<sup>36</sup> (CAM). A identificação precoce de alterações cognitivas permitiu evitar abordagens terapêuticas e promover/manter a saúde mental da Pessoa (Boltz et al, 2013). Foi incentivada a presença do familiar significativo, que melhor conhecia a utente, sendo igualmente um elo importante de conexão à realidade. Tal minimizou o próprio ambiente hostil do SU, para além de se ter garantido a individualização dos cuidados, pois esse familiar disponibilizou informações acerca das preferências da Pessoa, quando esta não tinha essa capacidade.

Outro exemplo das grandes síndromes geriátricas observado foi a alteração do padrão de sono, comum durante o internamento hospitalar da Pessoa Idosa (Fulmer, 2007). Neste sentido, algumas das intervenções que contribuíram para melhorar esta situação incluíram por exemplo a limitação de certas intervenções durante o período noturno, como a avaliação da pressão arterial e a promoção do silêncio nos corredores durante esse turno (Tranner et al, 2003). Desempenhou-se também um papel ativo na prevenção de úlceras por pressão, de modo a maximizar as capacidades e prevenir o declínio funcional. Foi dada atenção aos hábitos e potencialidades da pessoa, nomeadamente na manutenção de rotinas diárias de levante ou deambulação. Assim, incentivou-se a marcha com supervisão e o levante precoce para o cadeirão. Teve-se atenção à gestão de risco e garantia de segurança da Pessoa, que se traduziu em intervenções como: a manutenção da segurança dos dispositivos de mobilização, a compreensão dos riscos associados às quedas, como a falta de acuidade visual, medicação sedativa, urgência urinária ou instabilidade na marcha. A vulnerabilidade que as Pessoas Idosas apresentam pode levar ao desenvolvimento da síndrome de fragilidade, caracterizada por sinais e sintomas que podem predispor outras complicações (Lana & Schneider, 2014). Neste sentido a identificação de Pessoas Idosas em risco tornou-se essencial à prestação de cuidados especializados que pretenderam promover a sua saúde (Tavares, 2012).

---

<sup>36</sup> Um instrumento de avaliação da confusão aguda, de Inouye et al (1990) de uso simples e rápido, portante com boas características para ser aplicado em contexto de urgência.

Recorrendo à revisão de literatura utilizou-se o “Identification of Seniors At Risk” (ISAR<sup>37</sup>), como um instrumento preditivo de eventos adversos e problemas de saúde nas pessoas idosas que recorreram ao SU (Salvi et al, 2007; Samaras et al, 2010).

A aplicação de escalas validadas permitiu o reforço do juízo clínico dos diagnósticos de enfermagem, fundamentando a implementação de intervenções adequadas. É também exemplo disso a aplicação do Mini Nutritional Assessment, para avaliação de risco de desnutrição, possibilitando a intervenção precoce na suplementação alimentar e ensinamentos acerca de hábitos nutricionais geriátricos saudáveis. Na triagem dos problemas de admissão, foi essencial uma tomada de decisão e atuação rápidas, de modo a identificar a queixa da Pessoa e proceder ao seu encaminhamento correto. Verificou-se por vezes, uma ambiguidade na apresentação dessa queixa, que provocou dificuldades em discernir quais os discriminadores a identificar no fluxograma de triagem. Esta situação confirmou o que é descrito na literatura em relação à dificuldade das Pessoas Idosas exprimirem e caracterizarem as suas sensações e sintomas (Azeredo, 2014). A título de exemplo, o caso de uma senhora de 80 anos que recorreu ao SU, acompanhada pelo marido, com queixas de astenia. O marido complementou a informação afirmando que a esposa apresentava igualmente anorexia e alterações do padrão do sono. Após avaliação dos sinais vitais, observou-se uma frequência cardíaca de 29 bpm, encaminhando-se de imediato a senhora para a sala de reanimação. Esta divergência entre o que é dito pela pessoa e o que o profissional identifica como problema pode ser um obstáculo à aplicação dos fluxogramas de triagem. Daqui a importância da intervenção do enfermeiro especialista na área da Pessoa Idosa, que deverá ser um profissional experiente com conhecimento sobre as particularidades desse grupo populacional e dotado de competência para identificar o real problema e encaminhar rapidamente situações que podem evoluir impetuosamente e negativamente.

O SU é um contexto de elevada complexidade onde o Enfermeiro tem a possibilidade de desenvolver capacidades de tomada de decisão rápida, triagem e gestão de prioridades, estabilização de situações urgentes ou emergentes e intervenção em crise num contexto não controlado e imprevisível (Eggleston, 2003).

---

<sup>37</sup> O ISAR é constituído por seis itens de resposta dicotómica (sim e não), avaliando os seguintes domínios: necessidade de ajuda em casa, aumento da dependência, história de hospitalização recente, problemas visuais, de memória e polimedicação (mais de três medicamentos). O instrumento apresenta um score total de seis pontos, sendo que valores iguais ou superiores a dois sugerem uma situação de risco (Rosted et al, 2014).



Deste modo, este estágio permitiu desenvolver competências de tomada de decisão, capacidade de compreensão, resolução de problemas e de reflexão sobre as práticas. Ao mesmo tempo permitiu consolidar competências de relação terapêutica de modo a prestar cuidados de Enfermagem que visaram a promoção da saúde e a prevenção de complicações resultantes da hospitalização. Ao nível de especialista, estas aprendizagens traduziram-se numa maior responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade e na procura de novos e atualizados conhecimentos.

Objetivo Geral	Objetivos Específicos
<b>Desenvolver competências de mestre e especialista na prevenção da violência contra a Pessoa Idosa dependente do familiar cuidador, no domicílio</b>	1) Aprofundar conhecimentos sobre a violência interpessoal contra a Pessoa Idosa; 2) Identificar fatores de risco de violência contra a Pessoa Idosa; 3) Prestar cuidados de Enfermagem individualizados, com vista à prevenção de violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador; 4) Incluir o familiar cuidador no projeto de cuidados; 5) Intervir em parceria com a restante equipa multidisciplinar na prevenção de violência contra a Pessoa Idosa.

**Quadro 2 – Objetivo geral 2 e respetivos objetivos específicos**

Com o segundo objetivo geral (quadro 2), pretendeu-se contribuir para o desenvolvimento de uma capacidade de tomada de decisão nos cuidados prestados à Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador, que prevenisse condutas violentas, em contexto domiciliário.

### **Atividade 7: Revisão sistemática da literatura (RSL)**

A tomada de decisão em enfermagem necessita de ter em consideração a melhor evidência científica, de modo a garantir a máxima qualidade de cuidados prestados (Craig & Smyth, 2004). A RSL possibilita a rigorosa síntese do conhecimento, ao resumir o elevado número de produção científica, proporcionando respostas sobre a efetividade das práticas de enfermagem (Galvão et al, 2004; Petticrew & Roberts, 2006). Neste sentido, todas as atividades do projeto foram suportadas no melhor conhecimento científico, por forma a exercer uma prática

baseada na evidência (Guanilo et al, 2011). A pesquisa de literatura foi contínua durante o planeamento e execução do projeto, promovendo o “procedimento racional e sistemático que tem o objetivo de proporcionar respostas aos problemas” (Gil, 1999, p. 45).

No apêndice X encontra-se um exemplo de pesquisa de investigação efetuada, tendo por base a metodologia de RSL. A RSL respeitou um método rigoroso que permitiu a obtenção da melhor evidência científica acerca da identificação dos fatores de risco, indicadores de violência, assim como das intervenções de Enfermagem que melhor respondem à prevenção deste tipo de situações complexas (Higgins, 2011).

Esta atividade contribuiu para a reflexão acerca da problemática, definição e planeamento das estratégias a desenvolver no decorrer do estágio do 3º semestre do CMEMC. De igual modo foi possível a pesquisa de instrumentos de avaliação de risco de violência contra a população geriátrica, como é o caso do IOA (anexo I) e do EAI (anexo II). Permitiu também a procura de escalas de avaliação geriátricas, que possibilitaram uma avaliação multidimensional da Pessoa Idosa, assim como a compreensão das grandes Síndromes Geriátricas. Esta atividade elencou os conteúdos aprendidos nas UC's de Enfermagem ao Idoso com Doença Crónica, Enfermagem em Contexto de Vida da Pessoa Idosa, A Pessoa Vítima de Violência doméstica: Intervenção de Enfermagem, Enfermagem Avançada e Investigação em Enfermagem, consolidando competências relacionadas com a tomada de decisão e contribuindo para uma consciência científica que garantiu uma prática clínica baseada na evidência (OE, 2009). A capacidade reflexiva de análise de documentos científicos, permitiu o desenvolvimento de estratégias de avaliação, juízo clínico e intervenção de enfermagem que possibilitou um agir profissional ética e teoricamente sustentado (OE, 2010). Neste sentido, incorporaram-se os resultados da investigação na prática, mobilizando competências do domínio da melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados (OE, 2010).

## **Atividade 8: Participação em seminário e em congresso**

Participou-se no seminário sobre “A Violência Doméstica e de Género: uma abordagem multidisciplinar” (anexo III) e no congresso “Violência Doméstica...que caminhos ainda a percorrer?” (anexo IV). A participação nestes eventos técnico-científicos surgiu como uma oportunidade de atualização de conhecimentos e de reflexão sobre a temática em estudo. Esta participação motivou o pensamento crítico e reflexivo acerca dos conteúdos ministrados em sala de aula, nomeadamente na UC Opção II – A Pessoa Vitima de Violência Doméstica: Intervenção de Enfermagem e na UC Enfermagem em Contexto de Vida da Pessoa Idosa. Os conteúdos aprendidos nestas UC’s foram confrontados com experiências reais, que permitiram a consolidação das aprendizagens. Tomou-se igualmente consciência da abrangência e transversalidade do problema nos diversos setores, assim como das práticas adotadas a nível nacional e internacional<sup>38</sup>. A pesquisa ativa de conhecimentos atualizados ganhou assim forma, num testemunho comunicado presencialmente por peritos na área. Tal permitiu tomar conhecimento das medidas recomendadas nesta matéria, não só ao nível da prática de Enfermagem, mas da interdisciplinaridade necessária para a resolução de um caso de violência. O intercâmbio de saberes e a troca de ideias com colegas que estudam e trabalham na área da violência, possibilitou o conhecimento acerca das dificuldades, dos erros e das vitórias de outros, permitindo a aprendizagem e a perspetiva global sobre a complexidade do problema. Os conhecimentos transmitidos por peritos na área da violência, permitiram a partilha de experiências e conhecimentos, possibilitando colocar em prática as melhores e mais atualizadas recomendações. Assim, de forma autónoma e contínua contribuiu-se para o autodesenvolvimento pessoal e profissional, com vista à concretização de cuidados especializados à Pessoa Idosa em situação de violência. Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais, através da integração de conhecimentos que permitiram a gestão deste tipo de situações complexas, com visa à melhoria da qualidade (Decreto-Lei nº 74/2006; OE, 2010).

---

<sup>38</sup> Nomeadamente no congresso “Violência Doméstica...que caminhos ainda a percorrer?”, que contou com moderadores nacionais e internacionais das áreas da Psicologia, Criminologia, Serviço Social, Força de Segurança, Advogados, representantes de entidades protetoras da vítima e representantes da DGS. Da mesma forma, no seminário “ Violência Doméstica e de Género: uma abordagem multidisciplinar”, estiveram presentes ilustres convidados que trabalham diariamente com a problemática da violência.

### **Atividade 9: Realização de orientações tutoriais com a professora orientadora do projeto e o enfermeiro orientador da prática clínica**

Ao longo das fases de planeamento e execução do projeto, realizaram-se reuniões de orientação tutorial com a professora orientadora da ESEL e o enfermeiro orientador da prática clínica. O desenvolvimento de competências profissionais floresceu num ambiente real, através da reflexão sobre a ação, baseada numa relação interativa entre supervisores e supervisada (NHS, 2009). As reuniões de discussão, incutiram o espírito crítico acerca do percurso efetuado e das metas a atingir, permitindo a monitorização da pertinência das intervenções, assim como os ajustamentos necessários para o sucesso do projeto (Ruivo et al, 2010). A relevância destes momentos de orientação foi encarada como um instrumento promotor de aprendizagem. Assumiu-se também como uma estratégia de qualidade num contexto de enfermagem avançada, uma vez que a supervisão clínica permitiu exercer uma prática com mais competência, centrada numa lógica concetual, contribuindo deste modo, para a melhoria contínua dos cuidados prestados (Cruz, 2008; OE, 2010). Portanto, esta supervisão surgiu como um mediador do processo de aprendizagem que possibilitou o desenvolvimento de competências, a consolidação de conhecimentos e o meio através do qual se sustentou e melhorou o desenvolvimento pessoal e as práticas profissionais (Franco, 2000).

### **Atividade 10: Identificar e intervir em parceria em situação de violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador, no domicílio**

A violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador, toma forma sob diversas tipologias, causando perdas em saúde numa fase da vida em que esta se encontra mais vulnerável. Os enfermeiros da comunidade prestam cuidados num contexto privilegiado para monitorizar situações de convívio familiar stressante e défices de conhecimentos em cuidar, que levam muitas vezes a situações graves para a saúde e bem-estar da Pessoa Idosa (Perez, Prados & Venegas, 2009). Neste âmbito, pretendeu-se atuar na deteção, avaliação e acompanhamento de casos de violência contra a Pessoa Idosa, através de uma abordagem preventiva (Lindebach et al, 2012). Esta abordagem consistiu, por um lado no desenvolvimento de intervenções com vista a evitar o aparecimento de fatores de risco de violência, numa lógica de

prevenção primordial. Aqui interveio-se, por exemplo ao nível da sensibilização dos familiares para o processo de envelhecimento e dos hábitos saudáveis para atingir um envelhecimento bem-sucedido<sup>39</sup>. Pretendeu-se igualmente contribuir para alterar a estereotipada imagem da Pessoa Idosa, vista como frágil, fraca e inativa<sup>40</sup>. Por exemplo incentivou-se os utentes a participarem, dentro das suas possibilidades em atividades domésticas e sociais (colocar a mesa, serem incluídos nos passeios até ao café, participar em atividades de teatro, etc.). Promoveu-se também a educação para a cidadania e direitos da pessoa, ao mesmo tempo que se utilizaram medidas de promoção de um envelhecimento ativo, autonomia e maximização das suas capacidades (OMS, 2011). Por outro lado, quando já presentes, atuou-se nos fatores de risco numa ótica de prevenção primária. Esta foi concretizada em intervenções específicas para cada situação, pelo que foi crucial conhecer a pessoa, o seu contexto sociofamiliar, o seu projeto de vida e de saúde e o seu familiar cuidador (Gomes, 2013; DGS, 2014). Neste primeiro momento do Modelo de Parceria (fase *revelar-se*), recorreu-se a estratégias de comunicação assertiva, uma atitude acrítica, de respeito e empatia, que proporcionou o estabelecimento de uma relação de confiança. Tal permitiu a abertura ao diálogo e a exposição dos problemas à equipa, levando ao *envolvimento* na situação. Desta forma, os utentes não se sentiram julgados, mas sim apoiados nas suas dificuldades. Foi possível conhecer a situação, muitas vezes ocultada pela família (por medo ou vergonha) e aplicar as escalas de avaliação de risco e sobrecarga do cuidador.

A literatura recomenda a aplicação de instrumentos de avaliação de fatores de risco, como o é o caso do Indicators of Abuse Screen (ver anexo I) (Lindebach et al, 2012, Florêncio & Grossi, 2014). Após a confirmação da existência de indicadores de violência, através da aplicação desta escala, da avaliação global da situação e da presença de fatores de risco, procedeu-se á elaboração de planos de cuidados específicos. A população integrada na RNCCI apresenta, por norma um elevado nível de dependência, um fator de risco para a ocorrência de violência (DGS, 2014). Atuou-se, por exemplo prevenindo acidentes domésticos que pudessem provocar ou agravar a dependência. A par disso foi articulado com a fisioterapeuta e a terapeuta

---

<sup>39</sup> Manter a a atividade física, alimentação adequada às necessidades, manter relações sociais e familiares, monitorização da saúde, adesão ao regime terapêutico, prevenção de incapacidades, promoção de autoestima, etc..

<sup>40</sup> Intervenções educativas, por exemplo mostrando que muitas Pessoas Idosas mantêm papéis ativos na sociedade, e que envelhecer não é sinónimo de adoecer.

ocupacional, programas de reabilitação funcional e/ou ocupacional. A prevenção de acidentes resultou da sugestão de pequenas adaptações do ambiente doméstico e na promoção de estilos de vida saudáveis. Foram exemplos: a sugestão de colocação de tapetes antiderrapantes, a utilização de calçado adequado e a retirada de móveis em locais de passagem. Ao mesmo tempo incentivou-se a participação em atividades sociais, por exemplo através da inclusão da Pessoa em centros de dia<sup>41</sup>, prevenindo assim o fator de risco de isolamento social (DGS, 2014).

Outro fator de risco importante no desenvolvimento de condutas violentas descrito na literatura e observado durante o estágio, foi a existência de sobrecarga do cuidador. Esta sobrecarga advém da complexidade de cuidados prestados à Pessoa Idosa dependente e que podem comprometer a saúde e bem-estar da mesma (DGS, 2014). Assim, de forma a minimizar a sobrecarga foram implementadas intervenções de suporte emocional, de facilitação de acesso a recursos na comunidade e intervenções educativas, que visaram o ensino de habilidades emocionais e instrumentais que permitiram uma parceria nos cuidados (Gimero & Lampré, 2008). No apêndice XI encontra-se, a título de exemplo um dos projetos de cuidados elaborados neste contexto. Nele podem encontrar-se algumas das intervenções, nomeadamente o desenvolvimento de uma relação de parceria no cuidado à Pessoa Idosa, que proporcionou um trabalho formativo e um acompanhamento contínuo da cuidadora, garantindo a prestação de cuidados de qualidade e evitando a negligência.

Conjuntamente foi produzido um folheto intitulado “Cuida de uma Pessoa Idosa? Este folheto é para si!” (apêndice XII). Foi elaborado com o objetivo de divulgar à população o problema que a sobrecarga pode trazer à prestação dos cuidados, sendo a ECCI uma resposta às dificuldades sentidas pelos cuidadores. Apostou-se igualmente na transmissão de alguns sinais de sobrecarga, com o intuito de esclarecer a população para alguma sintomatologia possível, dando a conhecer algumas estratégias e recursos na comunidade que podem ser articulados com o objetivo de diminuir a sobrecarga dos cuidados. É exemplo disso o apoio domiciliário, a frequência num centro de dia ou até mesmo o programa do descanso do cuidador da RNCCI<sup>42</sup>. O folheto foi construído com uma linguagem clara e simples, para que a população compreendesse e tivesse acesso à informação acerca dos recursos da

---

<sup>41</sup> Utentes com condições para frequentarem o Centro de Dia e com os devidos consentimentos.

<sup>42</sup> Observou-se que muitos cuidadores desconheciam os recursos na comunidade, considerando não haver suporte.

comunidade. Para a efetivação e distribuição deste folheto foram obtidas autorizações junto da Direção de Enfermagem. Optou-se pela estratégia de colocar os folhetos nas salas de espera das unidades cuja ECCI presta cuidados<sup>43</sup>. Paralelamente, alguns folhetos foram distribuídos em mão pelos elementos da ECCI em caso de identificação, por parte destes (e em equipa multidisciplinar), de fatores de risco para o desenvolvimento de sobrecarga.

Observou-se igualmente que algumas das Pessoas Idosas não tinham a capacidade de reconhecer uma situação de violência, por exemplo um utente com alterações cognitivas, diversas úlceras por pressão, maus cuidados de higiene e sem uma alimentação adequada. Interveio-se neste caso através da criação de uma relação de confiança com a familiar cuidadora (filha). Ao longo do tempo foi possível identificar que os cuidados em falta ao pai se deviam ao défice de conhecimentos e à inexperiência em cuidar. Com o aumento das VD's, foi possível uma monitorização da eficácia dos ensinamentos (hábitos saudáveis de higiene, posicionamentos e padrões de alimentação corretos) e a avaliação das estratégias de *coping* em cuidar (Sandmoe & Kirkevold, 2011). Contudo, optou-se por proporcionar apoio domiciliário para os cuidados de higiene, contribuindo para o alívio da sobrecarga da filha (avaliada através da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador)<sup>44</sup>, através da articulação com uma IPSS. Identificou-se igualmente que os fracos recursos económicos estavam na origem da inadequada alimentação, levando esta filha a optar por flocos de cereais pois, por pouco mais de um euro conseguia várias refeições para o pai. Foi manifestada total compreensão, sem quaisquer juízos de valor, tendo-se incluído a assistente social, que proporcionou ajudas financeiras. Nomeadamente no que respeitou à alimentação, foi proporcionado apoio do banco alimentar.

Concomitantemente com esta atividade, foi identificado que muitos dos casos de condutas de negligência contra a Pessoa Idosa dependente chegavam ao conhecimento da ECCI em fases mais tardias<sup>45</sup>, pelo que se elaborou um poster intitulado “Cuida de uma Pessoa Idosa?” (Apêndice XIII). Este poster teve o objetivo de comunicar à população que a sobrecarga pode ser um problema para a prestação

---

<sup>43</sup> A ECCI apresentava uma área de cuidados e, a par disso dava apoio aos cuidados continuados das unidades do mesmo ACES.

<sup>44</sup> Desta forma assegurou-se o cuidado ao Outro e reduziu-se o número de horas de cuidados da filha, ficando esta com tempo para si (prevenindo a sobrecarga).

<sup>45</sup> Por exemplo cuidadores já intensamente sobrecarregados (aplicação Escala de Sobrecarga do Cuidador), existência de várias úlceras por pressão e com maus cuidados de saúde por parte do familiar cuidador.

de cuidados de qualidade, contudo os enfermeiros da ECCI compreendem que essa dificuldade tem repercussões também no cuidador. Desta forma, promoveu-se uma filosofia de apoio e suporte do cuidador, onde se pretendeu promover a abertura e a iniciativa no pedido de ajuda por parte deste, não se sentindo julgado. Uma vez que a identificação deste tipo de situação está dependente da sensibilização de todos os profissionais, optou-se por elaborar um outro poster intitulado: “Violência contra a Pessoa Idosa – Contributo de Enfermagem para enfrentar o problema” (apêndice XIV). Após as devidas autorizações, este poster foi afixado nas áreas de trabalho dos profissionais de saúde de 2 UCSP e 3 USF do ACES com que a ECCI colaborava<sup>46</sup>. No momento de afixação dos mesmos, foram convidados os profissionais de saúde para a sua leitura, ao mesmo tempo que se sensibilizava para a importância de referenciar este tipo de casos à ECCI. Pretendeu-se com isto alertar os profissionais para a problemática da violência contra a Pessoa Idosa e da importância da identificação de fatores de risco, de indicadores e também do encaminhamento destas situações para a ECCI, pela importância de continuidade de cuidados a estes utentes e sua família.

Atuou-se nas situações de violência numa perspetiva integrada, discutindo os casos em equipa multidisciplinar (DGS, 2014). Demonstrou-se espírito de iniciativa e apropriação das oportunidades de aprendizagem proporcionadas pelo contexto, de forma a contribuir para o desenvolvimento profissional. O aumento do número de VD foi uma estratégia eficaz para lidar com estas situações, pois permitiu o desenvolvimento de uma relação de parceria (Sandmoe & Kirkevold, 2011; Gomes, 2013). Desta forma foi possível identificar as situações de violência precocemente e atuar nos fatores de risco. Esta atitude foi de encontro às recomendações da DGS (2014), contrariando a postura de desapropriação deste problema que diz respeito ao Setor da Saúde, e tantas vezes é delegado de imediato às forças de segurança. O compromisso de construção de uma ação conjunta com vista à capacitação do familiar cuidador levou ao seu *empowerment* de forma a garantir-se o cuidado ao Outro (Gomes, 2013).

A resolução de casos de violência é sempre muito peculiar e atreve-se mesmo a dizer que não existem dois iguais. Como exemplo, o caso de uma filha que

---

<sup>46</sup> A ECCI prestava apoio aos cuidados continuados das UCSP e USF do mesmo ACES.



foi maltratada pelo pai na juventude e cuidava agora deste, que se encontrava acamado. Isto levou à reflexão acerca da desresponsabilização no cuidar por parte dos familiares. Contudo, como podem os enfermeiros incentivar o Cuidado ao Outro, se uma relação prévia foi inundada de violência<sup>47</sup>? É certo que o Código Deontológico é claro em relação aos princípios éticos da profissão. Neste caso a solução encontrada em equipa multidisciplinar foi a institucionalização do utente. Porém, fica um conflito de sentimentos, por um lado concorda-se que a Pessoa Idosa deve ser mantida o maior tempo possível em casa; por outro, é claro que se as condições de saúde e bem-estar não se encontram reunidas, o recurso será a institucionalização<sup>48</sup>. Esta situação expande o olhar para outra: idosos que cuidam de idosos. Em alguns casos, os utentes identificados com fatores de risco de violência tinham cuidadores também idosos. Surgiram assim alguns conflitos de sentimentos quando se verificou que ambos necessitavam de cuidados, não se tendo a certeza de quem cuidava de quem. Debateu-se acerca do direito de oferecer a institucionalização. Até que ponto seria benéfico afastar as pessoas de sua casa, antes de se tentar um *empowerment* das suas capacidades reais? Por outro lado, no caso de uma situação urgente haveria condições por parte da cuidadora para agir rapidamente? Optou-se por, em equipa multidisciplinar, alargar as VD, estreitando o acompanhamento da situação, a capacitação da cuidadora e a ajuda a esta díade (Sandmoe & Kirkevold, 2011).

Reconhece-se que a intervenção e resolução de situações tão complexas como as de violência foi favorecida, em grande parte pelas sinergias resultantes de diversas disciplinas. Esta ideia vem de encontro às recomendações da DGS (2014), que aponta os cuidados integrais a estas situações como a melhor forma de as abordar, uma vez que estas não se resolvem por uma só pessoa ou disciplina, mas sim numa filosofia de interdisciplinaridade<sup>49</sup>.

Esta atividade foi suportada numa revisão de literatura contínua, incorporando a evidência e o rigor científico na prática clínica (Galvão, 2004). A intervenção especializada junto de Pessoas Idosas vítimas de violência e seu familiar cuidador possibilitou, assim o desenvolvimento de competências de especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da gestão e melhoria da qualidade dos

---

<sup>47</sup> Daqui a importância de se conhecer a história de relação prévia e a existência de conflitos anteriores.

<sup>48</sup> Utente sem mais nenhum suporte familiar.

<sup>49</sup> Enfermagem, medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, forças de segurança...

cuidados; das aprendizagens profissionais e das competências de mestre no que respeita à capacidade de lidar e resolver problemas em situações complexas, demonstrando-se um nível de conhecimento na área.

Objetivo Geral	Objetivos Específicos
<b>Desenvolver competências na ECCI para a prevenção da violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador</b>	1) Contribuir para a capacitação da ECCI para identificar fatores de risco e sinais de violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador; 2) Contribuir para o desenvolvimento de uma filosofia de intervenção interdisciplinar em situações de violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador

**Quadro 3 – Objetivo geral 3 e respetivos objetivos específicos**

Com o último objetivo geral deste projeto (quadro 3) pretendeu-se desenvolver competências de mestre e especialista no que concerne à formação de pares, liderança de equipas, transmissão de conhecimento em contexto de trabalho na área da especialidade estudada e consequente melhoria contínua dos cuidados (OE, 2010).

### **Atividade 11: Apresentação do Projeto à ECCI**

A apresentação do projeto à equipa teve lugar a 9 de outubro de 2015 (ver apêndice XV). Na qualidade de gestora do projeto de estágio, pretendeu-se envolver e incentivar a adesão da equipa ao projeto, através da implementação de estratégias de motivação e de liderança. O envolvimento da equipa no projeto esteve dependente do seu conhecimento, pelo que a sua apresentação e discussão constituíram uma estratégia de motivação (Fradique & Mendes, 2013). A liderança pode ser entendida como a capacidade de influenciar o grupo para a consecução de objetivos, sendo um processo crucial para a eficiência de qualquer organização (Fradique & Mendes, 2013). Neste sentido, procurou-se “promover a liderança efetiva ao assumir a segurança do doente como uma prioridade institucional e garantir a segurança dos cuidados como uma responsabilidade sentida por todos” (Oliveira, 2007, p. 15).

Recorreu-se a uma gestão contemporânea que privilegiou as relações pessoais, a comunicação e a negociação com a equipa, ao invés de atitudes expositivas e autoritárias (Chiavenato, 2006). A comunicação surgiu como um instrumento crucial no processo de liderança, permitindo a aproximação e a criação de interdependências para o desenvolvimento de um trabalho em equipa (Galvão et al, 2000). Promoveu-se um ambiente de partilha de ideias e sentimentos, de modo a ouvir a equipa e discutir a necessidade de abordagem do problema da violência nos contextos de saúde. O projeto foi apresentado à ECCI no final de uma passagem de turno aproveitando, deste modo a presença de todos. A exposição fez-se de forma clara, com definição do tempo de estágio, assim como dos objetivos e o seu contributo para a ECCI, valorizando uma filosofia de partilha de saberes. Pretendeu-se clarificar que o projeto traria benefícios mútuos, pois para além de contribuir para o desenvolvimento de competências pessoais, contribuiria para a melhoria dos cuidados prestados pela ECCI, uma vez que todos os envolvidos no projeto teriam a possibilidade de aprofundar os seus conhecimentos. Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no que respeita à liderança dos pares (OE, 2010). Paralelamente, contribuiu para desenvolver competências de comunicação, organização, planeamento e trabalho de equipa, uma vez que esta foi incluída e convidada a participar no projeto (Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março).

## **Atividade 12: Diagnóstico das necessidades formativas da ECCI**

A colheita de dados consistiu no desenvolvimento de um conjunto de processos e instrumentos, com o objetivo de garantir o conhecimento de informação de forma objetiva, científica e compreensiva, para posterior análise (Moresi, 2003; Soares et al, 2005). Segundo Turato (2003), um método de recolha da informação adequado é aquele que responde aos objetivos da investigação e do universo a ser investigado. Nesta aceção, as técnicas utilizadas foram a observação sistemática das práticas<sup>50</sup> e a análise documental. A par disso construíram-se instrumentos de colheita de dados, como uma grelha de análise das práticas (Apêndice XVI) e uma

---

<sup>50</sup> Baseada em critérios, planeada e controlada.

narrativa (Apêndice I), que posteriormente foi submetida a análise de conteúdo (Apêndice II).

A observação participante realizou-se através do acompanhamento dos enfermeiros nas VD e visou a procura de informação sobre o modo como estes interagem com a Pessoa Idosa, como avaliavam a sua multidimensionalidade, como identificavam fatores de risco e indicadores de violência, assim como a sua intervenção em situações de violência. A participação foi evoluindo ao longo das VD, passando-se de uma observação passiva nos primeiros dias de estágio, a uma observação participante e reflexiva. Esta técnica permitiu captar o contexto real e observar a variedade de situações e fenómenos diretamente e em tempo real. Por outro lado, permitiu confrontar as repostas à narrativa, com aquilo que os enfermeiros faziam na realidade. O problema da alteração do comportamento do pesquisado foi ultrapassado através do envolvimento na equipa e da criação de uma relação empática e de confiança, que permitiu a espontaneidade dos elementos e consequente fiabilidade dos resultados.

A análise documental foi uma técnica de investigação, que permitiu conhecer o problema identificado, através do estudo de documentos (Bardin, 2013). Neste sentido, os registos de enfermagem apresentaram-se como uma fonte de dados importante (Bardin, 2013). Foram analisados os registos da ECCI<sup>51</sup> nos processos dos utentes cuja aplicação de escalas de avaliação de risco de violência sugeriram a presença de fatores de risco. Inicialmente, procedeu-se à leitura integral desses processos e posteriormente à sua análise com recurso a uma grelha de observação (Apêndice XVI), baseada no Modelo de Parceria de Cuidados (Gomes, 2013). Desta análise destacou-se a identificação de alguns fatores de risco, como a sobrecarga do cuidador e o esforço da equipa em sugerir alternativas e recursos com vista à diminuição ou eliminação desse fator de risco<sup>52</sup>. Da análise dos registos, evidenciou-se igualmente a descrição das condições habitacionais e da situação económica da família. O campo da colheita de dados (avaliação inicial do SAPE), era tendencialmente deixado em branco, segundo a equipa por falta de tempo. As informações acerca do familiar cuidador resumiam-se ao seu nome e número de

---

<sup>51</sup> Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e aplicação da RNCCI (Gestcare CCI).

<sup>52</sup> Incentivando saídas, propondo os recursos existentes na comunidade como a participação em Centros de Dia, Unidades de Longa Duração ou Programa do Descanso do Cuidador.

contacto, apesar da observação participante demonstrar que a equipa detinha conhecimentos mais abrangentes, como por exemplo da situação sociofamiliar, profissional e dinâmica familiar. Isto levou a concluir que os enfermeiros fazem mais do que registam, dando mais atenção aos cuidados prestados do que aos registos, muitas vezes encarados como burocráticos (Marinis, 2010). Não era aplicada nenhuma escala de sobrecarga do cuidador ou de avaliação de risco e indicadores de violência, apesar da referência a comportamentos e indicadores de violência nos registos<sup>53</sup>.

Sob forma de narrativa, foi solicitado aos enfermeiros que redigissem um texto, tendo em conta uma situação vivida em termos de violência e a forma como nela intervinham. A narrativa promove um texto aberto e não estruturado, evitando respostas influenciadas ou inibidas. Ela permitiu estudar tanto o fenómeno relatado, como compreender a vivência narrada pelo enfermeiro no contexto das práticas, sendo portanto “um dos instrumentos que melhor viabiliza a colheita de informações” (Wittizorecki et al, 2006, p. 11).

Esta atividade mostrou-se de grande cariz formativo, uma vez que permitiu pesquisar ativamente sobre hipóteses de instrumentos, possibilitando o desenvolvimento e a aplicação de técnicas de elaboração de narrativa e grelhas de observação. A recolha de dados permitiu igualmente compreender a situação, para contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados, respondendo em conformidade aos problemas e lacunas identificadas.

### **Atividade 13: Realização de uma sessão de formação à ECCL: “Intervenção multidisciplinar em caso de suspeita de violência contra a Pessoa Idosa”**

O processo formativo contínuo promove o desenvolvimento pessoal e profissional, através da aquisição de novos conhecimentos e do desenvolvimento de competências, culminando em mudanças significativas que orientam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2009). A sua relevância como base de sustentação da prática clínica, é igualmente salientada por Collière (1999, p. 339) quando afirma que “a formação de base ou a formação permanente (...)”

---

<sup>53</sup>Exemplos de observações nos registos: “a interação de ambos provoca ansiedade no doente” (SIC); “Dª T. refere ter tido dificuldade no relacionamento” (SIC), “existe diminuição do apetite” (SIC), “fica alterado na presença da filha” (SIC).

desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes”. Nesta perspetiva, no dia 7 de Janeiro de 2016 realizou-se uma sessão de formação intitulada “Intervenção multidisciplinar em caso de suspeita de violência contra a Pessoa Idosa” (apêndice XVII), que contou com a presença da maioria dos elementos da ECCI (apêndice XVIII). Esta atividade teve por base o diagnóstico de situação, previamente realizado, onde os enfermeiros da ECCI reconheceram a necessidade de *“mais formação nesta área (...) [para] desenvolver competências para melhor detetar e prevenir a violência”* (SIC, narrativa 1). Nesta fase foram também identificadas dificuldades por parte dos enfermeiros em elencar fatores de risco, utilizar instrumentos de avaliação de risco de violência contra a Pessoa Idosa e sobre como intervir numa situação desta complexidade, temas abordados durante a sessão de formação.

Optou-se por alargar a formação à equipa multidisciplinar, por se considerar que os casos de violência só podem ser resolvidos numa filosofia interdisciplinar, e não por uma só categorial profissional ou elemento (DGS, 2014). Foi elaborado o plano de sessão (apêndice XIX) e divulgada a formação em reunião multidisciplinar prévia<sup>54</sup>, onde todos os elementos da equipa foram cordialmente convidados a assistir. No final da sessão de formação foi entregue um questionário (apêndice XX), com o objetivo de avaliar a mesma (apêndice XXI).

A formação de adultos coaduna-se com os pressupostos da andragogia, baseados em premissas distintas da pedagogia. Tendo isso em conta, desenvolveu-se uma sessão de formação dinâmica, estimuladora e relevante para a prática diária dos profissionais, uma vez que os adultos adquirem mais eficazmente o conhecimento, quando veem a sua aplicabilidade prática (Inácio, 2007). Utilizaram-se métodos interrogativos, fomentando a interatividade com os participantes. Gerou-se um momento de reunião de equipa multidisciplinar, que proporcionou a discussão prática de um caso, envolvendo todos os elementos, que se apresentaram muito interventivos, colocando diversas questões à formadora. Teve-se em conta os conhecimentos dos profissionais e promoveu-se uma atualização e aquisição de novos conhecimentos, relacionados com as últimas

---

<sup>54</sup> Reunião multidisciplinar que se realizava quinzenalmente.

diretrizes da DGS acerca da intervenção em situação de violência (Ribeiro, 2013; DGS, 2014).

Dado que a aprendizagem de adultos está dependente de motivação, recorreu-se a algumas estratégias como ter-se apelado à participação dos profissionais e à partilha de pensamentos, demonstrando interesse sobre o que sabiam sobre o assunto (Inácio, 2007). Procurou-se comunicar com assertividade e tranquilidade, demonstrando coerência entre a expressão verbal e não-verbal. Pretendeu-se contribuir para uma aprendizagem significativa, que favorecesse o processo de aquisição de saberes, com base na premissa de que o indivíduo adulto aprende relacionando o que é dito, com aspetos relevantes da sua estrutura de conhecimentos (Inácio, 2007). Esta aprendizagem surge quando se ancora a nova informação com os conceitos existentes na estrutura cognitiva do indivíduo, pelo que se optou pela reflexão sobre um caso real ao cuidado da ECCI e que nesse momento se encontrava ausente por motivo de hospitalização. Esta escolha teve também em conta as recomendações da DGS (2014) que sugerem a “discussão clínica multi e interdisciplinar sobre casos reais que tenham sido alvo de intervenção no serviço (...) [e a divulgação de] estratégias de deteção, avaliação e atuação” (DGS, 2014, p. 100). Procurou-se com esta sessão de formação sugerir intervenções baseadas na evidência científica e promover a discussão de um caso complexo. Colocaram-se questões com o intuito de captar a atenção do público e a escolha de um caso prático da ECCI permitiu cativar os profissionais, uma vez que se abordou um tema importante para a prática diária e que os profissionais desde logo identificaram, ganhando curiosidade pelo mesmo. Este facto foi ao encontro da revisão de literatura que refere que “os adultos aprendem mais facilmente através da experiência pessoal” (Inácio, 2007, p. 39). A participação ativa e a reflexão conjunta sobre o caso apresentado validou o facto dos adultos esperarem mais do que uma transmissão passiva de conhecimentos, mas uma formação prática (Knowles et al, 2009).

Esta atividade emergiu no âmbito da identificação de uma oportunidade de melhoria, onde se contribuiu para o desenvolvimento profissional da equipa, disponibilizando conhecimentos e estratégias que lhes permitissem uma tomada de decisão clínica consciente. Desta forma, desempenhou-se um papel dinamizador no

domínio da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da investigação e transmissão de conhecimentos científicos, promovendo práticas baseadas na evidência (OE, 2010). Ao mesmo tempo, foi-se ao encontro das necessidades identificadas pela DGS (2014), que reconhece a importância de “atuar na deteção, avaliação, acompanhamento e referenciação de casos de violência contra pessoas idosas, através de uma abordagem preventiva” (DGS, 2014, p. 102). Isto permitiu consolidar competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, uma vez que se promoveu uma “conduta preventiva, antecipatória” (OE, 2010, p. 5). Ao mesmo tempo, foram mobilizadas competências do domínio da gestão dos cuidados, ao otimizar a resposta da equipa promovendo a segurança do utente (OE, 2010). Foram igualmente desenvolvidas competências do domínio das aprendizagens profissionais, uma vez que se demonstrou “suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento (...), responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade [e]. atuar como formador oportuno em contexto de trabalho” (OE, 2010, p. 10). Também no sentido de consolidar este domínio de competência, avaliou-se o impacto da formação, através do questionário entregue no final da sessão (OE, 2010). Desta forma foi possível conhecer a apreciação dos participantes sobre o conteúdo da formação, dando oportunidade à partilha de sugestões.

A estratégia de avaliação rompeu com a simples avaliação da satisfação dos formandos, contribuindo para a recolha de informação em relação à eficácia das metodologias e estratégias adotadas, para além de ter permitido emitir a avaliação do desempenho da formadora (apêndice XXI). Neste âmbito, a resposta foi positiva, em relação à clareza da exposição dos conteúdos, domínio do tema e metodologia utilizada. Em relação à documentação distribuída houve alguma discrepância de respostas, pelo que se refletiu acerca da possível expectativa dos formandos em receber o material didático por escrito sobre o tema abordado, facto que não aconteceu no final da sessão de formação. Assim, optou-se por enviar um documento síntese dos assuntos abordados, facilitando assim a transmissão do conhecimento (OE, 2010; Decreto-Lei 74/2006). A avaliação da formação surgiu como um processo construtivo de aprendizagem, tendo sido aprendidas e aplicadas novas estratégias.



## CONCLUSÃO E TRABALHO FUTURO

Nos últimos anos o Setor da Saúde tem sido alvo de diversas modificações, entre as quais se encontra a reforma dos cuidados de saúde primários. Num contexto populacional caracterizado pelo envelhecimento, com todos os fatores que lhes estão inerentes, uma abordagem curativa dos serviços de saúde não permite satisfazer as reais necessidades da Pessoa Idosa. Neste sentido, a procura de cuidados humanizados, individualizados e especializados, destacam a relevância da atuação do Enfermeiro especialista nesta vertente.

Ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica - vertente Pessoa Idosa, é-lhe exigido que compreenda a globalidade das necessidades em saúde desta população, assim como saiba atuar em conformidade em situações complexas. Decorrente do envelhecimento, surgem muitas vezes doenças crónicas, dependência, diminuição da capacidade funcional e consequente acréscimo das necessidades em saúde. Esta conjuntura exige um olhar para os cuidadores informais numa ótica de parceria no cuidar, promovendo a sua capacitação junto com a da Pessoa Idosa, contribuindo para o *empowerment* e consequente responsabilização de todos no projeto de cuidados.

O cuidado à Pessoa Idosa dependente está envolto em grandes exigências, revestindo-se de enormes dificuldades. Os cuidadores estão assim sujeitos a elevados níveis de sobrecarga e tensões que podem aumentar o risco de violência contra a Pessoa Idosa, ainda que involuntariamente. Qualquer que seja a natureza da violência, esta apresenta efeitos fatais para esta população, devido à sua maior vulnerabilidade. Atendendo às elevadas estatísticas deste problema de saúde pública nesta faixa etária, esta situação complexa assume contornos de atuação de carácter urgente. É neste sentido, que as equipas de cuidados continuados integrados, desempenham importantes funções de prevenção da violência e promoção da saúde. Sendo a sobrecarga do cuidador e a dependência da Pessoa Idosa dois dos grandes fatores de risco descritos na literatura, o estágio numa ECCI possibilitou o contacto e intervenção em variadas situações que poderiam ter evoluído para situações mais danosas.

Acredita-se que a intervenção integrada nessas situações contribuiu para a prevenção da violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador. Desta forma, o percurso efetuado ao longo do 3º semestre do CMEMC, permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no cuidado à Pessoa Idosa, quer em contexto hospitalar, quer na comunidade, especialmente no que respeita à prevenção da violência neste último contexto. Concomitantemente, possibilitou desenvolver competências de mestre no que concerne à compreensão e resolução de problemas complexos, aprendizagem autónoma e comunicação de conhecimentos. Estas aprendizagens traduziram-se numa maior responsabilidade profissional, ética e legal e numa melhoria contínua da qualidade.

Ao nível dos campos de estágios, entende-se que as intervenções desenvolvidas em parceria com a Pessoa Idosa e seu familiar cuidador incluíram uma individualização dos cuidados, a sugestão e negociação dos mesmos. Desta forma contribuiu-se para prevenir situações violentas ao desenvolver estratégias de redução de stress, isolamento e sobrecarga. Estas e outras intervenções contribuíram para a promoção do bem-estar e saúde da Pessoa Idosa (e familiar cuidador), pelo que se considera de todo relevante estender esta formação a outras equipas que prestem cuidados no mesmo contexto.

Como limitação do projeto evidenciou-se o curto espaço de tempo, que não permitiu avaliar a eficácia que os folhetos e os pósteres tiveram na iniciativa dos familiares recorrerem à ECCL em caso de dificuldades no cuidar. Simultaneamente, a Direção de Enfermagem apenas aceitou a distribuição e afixação deste material na última semana de estágio, pelo que não foi possível, em tempo útil avaliar posteriormente a sua eficácia.

Depois da experiência deste estágio, reflete-se acerca do conhecimento e formação existente na área da Enfermagem em Geriatria e Gerontologia. Tendo em conta as particularidades que esta população assume, considera-se legítimo reclamar a existência de valências Geriátricas, quer nos serviços de internamento, quer nos serviços de urgência, que permitam otimizar o acompanhamento da Pessoa Idosa de forma individualizada e especializada, como existem noutras faixas etárias em Portugal.

Tendo em conta a necessidade de intervenção nesta área, satisfaz-nos dar a conhecer a continuação deste trabalho, através da colaboração com a UI&DE<sup>55</sup>, num projeto intitulado: “Avaliação e prevenção da violência contra a Pessoa Idosa: a parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de Si”.

---

<sup>55</sup> Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem da ESEL, cuja missão consiste em desenvolver a investigação na área da Enfermagem, saúde e educação, com o objetivo de cuidar e capacitar ao longo da vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2013). Formação Reflexiva de Professores – Estratégias de Supervisão. Porto: Porto Editora.
- Alon, S. & BergWarman, A. (2014). Treatment and Prevention of Elder Abuse and Neglect: Where Knowledge and Practice Meet—A Model for Intervention to Prevent and Treat Elder Abuse in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(2),150-171.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2014). Estatísticas APAV: Relatório Anual 2014. Disponível em [http://apav.pt/apav\\_v2/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Relatorio\\_Anual\\_2014.pdf](http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2014.pdf)
- Azeredo, Z. (2014). O idoso no serviço de urgência hospitalar. *Journal of Aging and Innovation*, 2(4), 20-26.
- Bardin, L. (2013). Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Barnes, D. et al (2012). Acute care for elders units produced shorter hospital stays at lower cost while maintaining patients' functional status. *Health Affairs*, 31, 1227–1236.
- Behrens M. (2005). O paradigma emergente e a prática pedagógica. Petrópolis: Vozes.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bermejo, J. (2010). A Relação de Ajuda no Encontro com os Idosos. Lisboa: Paulinas Editor.
- Bernal, A., & Gutiérrez, B. (2005). Malos tratos a persona mayores: Guía de actuación. (Ministério do Trabalho e dos Assuntos sociais. Madrid: Artegraf. Disponível em: <http://www.copib.es/pdf/imsero-malostratos-01.pdf>
- Boltz, M et al (2013). Care of the older adult in the emergency department: nurses views of he pressing issues. *The Gerontologist*, 53(3), 441-453.

- Chiavenato, I. (2006). *Administração geral pública*. 6ª edição: Elsevier, Rio de Janeiro.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lidel edições.
- Costa, M. (2006). *Cuidar Idosos*. 2ª ed Coimbra: Editora Formasau.
- Conroy, S. et al (2011). A systematic review of comprehensive geriatric assessment to improve outcomes for frail older people being rapidly discharged from acute hospital: 'Interface geriatrics'. *Age and Ageing*, 40, 436–443.
- Craig, J & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Cruz, S. (2008). A Supervisão Clínica em Enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da Enfermagem Avançada. *Servir*, 56(5), 200-206.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados. *Diário da Republica I Série A*, N.º 109 (06-06-2006), 3856-3865.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março (2006). Estabelece normas para obtenção do grau de Mestre. *Diário da Republica I Série A*, N.º 60, 2246-2248.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas*. Lisboa, DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.
- Despacho n.º 6378/2013 de 16 de maio. *Diário da República* nº 94, série II. Ministério da Saúde. Disponível em [http://digestoconvidados.dre.pt/digesto// pdf/LEX/323/311680.pdf](http://digestoconvidados.dre.pt/digesto//pdf/LEX/323/311680.pdf)
- Eggleston, K. (2003). *O Ambiente dos Cuidados na Urgência*. In Phipps, W. et al (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. Loures: Lusociência.
- Ellis, G. et al (2011). *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). (2013). Regulamento de Mestrados. Lisboa: ESEL.
- Escoval, A. (2010). Cuidados de Saúde Hospitalares, Plano Nacional de Saúde 2011- 2016. Alto Comissariado da Saúde.
- Faleiros, V & Brito, D. (2007). Representações da violência intrafamiliar por pessoas idosas. *SER Social*, 21, 105-142.
- Florêncio, M. & Grossi, P. (2014). Instrumentos quantitativos validados para identificação/rastreamento de violência contra a Pessoa Idosa. *Estud. Interdiscipli. Envelhec.* Porto Alegre, 19(3), 687-704.
- Fradique, M & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* III(10 , 45-53.
- Franco, J. (2000) Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de atuação. *Investigação em Enfermagem*, n.º 1.
- França, M. (2013). *Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: Adversidades e estratégias*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de Mestrado. Coimbra.
- Fulmer, T. (2007). How to try this: Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*. 107(10), 40-48.
- Fulmer, T. (2008). Screening for mistreatment of older adults. *American Journal of Nursing*, 108(12), 52-59.
- Galvao, C. et al (2000). Liderança e comunicação: estratégias para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. *Rev. latino-am. enfermagem* - Ribeirão Preto 8(5), 34-43.
- Galvão, C. et al. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(2), 549-556.

- Gil, A. (1995). *Como elaborar projetos de pesquisa*, 3ª edição, editor Atlas, São Paulo
- Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5.ed. São Paulo: Atlas.
- Gil, A (2010). *Heróis do Quotidiano – Dinâmicas Familiares na Dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gomes, I. (2013) Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio In: Lopes, M. (2013). O cuidado de enfermagem à Pessoa Idosa. Lusociência, Loures, p. 77-113.
- Graf, C. et al (2010). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (10), 2032- 2033.
- Guanilo, M. et al (2011). Revisão sistemática: noções gerais. *Rev. Esc. Enf. USP*, 45(5), 1260-1266.
- Heath, J. et al (2005). Interventions from Home-Based Geriatric Assessments of Adult Protective Service Clients Suffering Elder Mistreatment. *American Geriatrics Society*, 45(6), 820-823.
- Higgins, J.(2011). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.1.0.
- Hyrkas, K et al (2001). Teacher candidates reflective teaching and learning in a hospital settings changing the pattern of practical training: a challenge to growing into teacherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4).
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente no contexto familiar*. Coimbra .Formasau, 2ª edição
- Inácio, M. (2007). *Manual do Formando “O Processo de Aprendizagem”*. Disponível em:  
<http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.exe?key=&doc=55606&img=324>.
- Instituto Nacional de Estatística I.P. (INE) (2011). *Census Portugal*. Disponível em <http://www.ine.pt>

- INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa. Disponível em [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1955/3/Envelhecimento%20e%20Viol%](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1955/3/Envelhecimento%20e%20Viol%20)
- Johns, C. (2009). *Becoming a reflective practitioner*. 3ª edição, Oxford: Blackwell Science.
- Kelley, L. S., & Lakin, J. A. (2010). *Role supplementation as a nursing intervention for alzheimer's disease: A case study*. In A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*, 571-578. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Knowles, M. et al (2009). *Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 364, 1263-1272.
- Lei n.º 112/2009 de 16 de setembro (2009). Estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas. *Diário da República I Série*. N.º 180 (16-09-2009), 6550-6561.
- Lana, L & Schneider, R. (2014). Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, 17(3), 673-680.
- Landenburger, K. & Campbell, J. (2011). Violência e maus-tratos humanos. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*, 7ª edição, 878-905, Lisboa: Lusodidacta.
- Lindenbach, J. et al (2012). Older adult mistreatment risk screening: contribution to the validation of a screening tool in a domestic setting. *Canadian Journal on Aging, Cambridge*, 31(2), 235-252.
- Lopes, M. et al (2012). *Violência, abuso, negligência e condições de saúde dos idosos: Relatório final*. Direção Geral de Saúde, Universidade de Évora, Universidade Nova de Lisboa e Escola Nacional de Saúde Pública.
- Lopes, M. et al (2014). *Envelhecimento: Estudos e Perspectivas*. 1ª edição. São Paulo: Martinari.



- Mantovani, V. et al (2015). Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. *Acta Paulista Enfermagem*, 28(1), 41-47.
- Marinis, M. et al (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing* 19( 11), 1544-1552.
- Ministério da Saúde (2013). V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica (2014-2017). Diário da República, nº 253.
- Ministério da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Ministério da Saúde, Lisboa.
- McCormack, B. (2003). *A conceptual framework for person-centred practice with older people*. International Journal of Nursing Practice, 9.
- McCusker, J. & Verdon, J. (2006). Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *Journal of Gerontology Series A, Biology Sciences and Medical Sciences*, 61, 53–62.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. In A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*, 65-72. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Mitre, S. et al (2008). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 2133-2144.
- Moresi, E. (2003). Metodologia de Pesquisa. Programa de Pós-graduação stricto sensu em gestão do conhecimento e da tecnologia da informação da Universidade Católica: Brasília.
- Mussi, C. (2013). Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol 21(9), 3-9.

- National Center on Elder Abuse (NCEA) (2013). *Types of elder abuse in domestic settings*. Disponível em: Elder Abuse Information Series N.º 1: <http://www.ncea.aoa.gov/Resources/Publication/docs/fact1.pdf>
- National Health Service (NHS) (2009). *Clinical Supervision Policy*. Leicestershire Country and Rutland: National Health Service Primary Care Trust.
- NICHE (2006). *Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults*. Disponível em: <http://www.nicheprogram.org/>.
- Oliveira, J. (2007). Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados. *Ordem dos Enfermeiros*, 24, 13-17.
- Oliveira, C. (2011) *O Cuidado confortador da Pessoa Idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões*. Tese de doutoramento à Universidade de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/3815>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002). Relatório Mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial de Saúde, 1-42.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011). *European report and preventing elder maltreatment*. Disponível em <http://www.WHO.int>.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro. Lisboa: Autor. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/cuidadoscontinuados.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Obtido em 13 de outubro de 2015, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Partis, M. (2009). *Reflecting on a relationship centred approach to care*. Journal of Community Nursing, 23.
- Paul, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia Saúde e Prestação de Cuidados*, Manuais Universitários. Lisboa: Climepsi Editores.

- Pereira, E. & Costa, M. (2007). Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário. *Texto & Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, 16(3), 408-416.
- Perez, R.; Prados, C. & Venegas, J. (2009). Cuidador informal de personas mayores dependientes y estrés percibido: intervención psicoeducativa, *Scientia*, 14(1), 9-19.
- Petticrew, M & Robers, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Malden, MA: Blackwell.
- Ploeg, J. et al (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21 (3), 187-210.
- Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478.
- Pordata (2014) Estatísticas Pessoas Residentes. Disponível em <http://www.pordata.pt/>
- Rangel, M. & Gonçalves, C. (2010). A Metodologia de Trabalho de Projecto na nossa prática pedagógica. *Da Investigação às Práticas*, I (3), 21-43.
- violência familiar/entre parceiros íntimos*. Ceira: Serviço de Violência Familiar Hospital Sobral.
- Redondo, J et al (2012). *Manual SARAR -Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da*
- Ribeiro, A. (2013). *Representações da Violência*. Lisboa: Almedina.
- Ruivo, M. et al (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos*, 15(1), 1-37.
- Salvi, F. et al (2007). The elderly in the emergency department: A critical review of problems and solutions. *Internal Emergency Medicine*, 2, 1–32.
- Samaras, N. et al (2010). Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Annals of Emergency Medicine*, 56(3), 261-269.

- Santos, E. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Universidade de Aveiro.
- Santos, A. et al (2013). Prevalência da Violência contra as pessoas idosa- uma revisão crítica de literatura. *Sociologia, problemas e práticas*, 72, 52-57.
- Sandmoe, A. e Kirkevold, M. (2011). Identifying and handling abused older clients in community care: the perspectives of nurse managers, *International Journal of Older People Nursing*. 8(2), 1-10.
- Sarmiento, E. et al (2010). *Cuidar do idoso: dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.
- Soares, L. et al (2005). Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):156-64
- Spiriduso, W. (2004). *Dimensões físicas do envelhecimento*. Sao Paulo: Manole.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2010). *Foundations of Nursing in the Community: Community-Oriented Practice*. 4ª edição, Elsevier.
- Tanner, C (2006) *Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing*. *Journal of Education* 45(6), 204-211.
- Tavares, C. (2006). Análise crítica de uma experiência de integração do estágio de enfermagem em saúde mental ao sistema único de saúde. *Esc. Anna Nery R. Enferm*. 10(4), 740-747.
- Tavares, J. (2012). *Identificação das pessoas idosas de risco no serviço de urgência: que realidade?* *Journal of Aging and Innovation*, 1(4), 14-25.
- Turato, E. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Van Der Wal, M. et al (2005). Noncompliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail*, 7(1), 5-17.

- Vieira, L. (2013). Estratégias a adotar na prestação de cuidados à Pessoa Idosa para a promoção da capacidade funcional durante a hospitalização. *Journal of Aging and Innovation*, 2(2), 33-44.
- Wilber, S. et al. (2006). Does functional decline prompt emergency department visits and admission in older patients? *Academy of Emergency Medicine*, 13, 680–682.
- Wittizorecki, E. et al (2006). Pesquisar exige interrogar-se... A narrativa como estratégia de pesquisa e de formação do(a) pesquisador(a). *Movimento*, 12(2), p. 03-33.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – INDICATORS OF ABUSE SCREEN (IOA)**

## INDICATORS OF ABUSE SCREEN (IOA)

### Escala:

0 = inexistente

1 = ligeiro

2 = moderado

3 = provavelmente/moderadamente grave

4 = sim/severo

00 = não se aplica

000 = não sabe

Familiar Cuidador			Pessoa Idosa		
	1	Tem problemas de comportamento		4	Foi abusado no passado
	2	É financeiramente dependente		5	Tem conflitos conjugais/familiares
	3	Tem problemas mentais/emocionais		8	Pouca compreensão da sua condição clínica
	6	Tem problemas de abuso de álcool ou outras substâncias		11	Está socialmente isolado
	7	Tem expectativas irrealistas		15	Falta-lhe apoio social
	9	Não compreende a condição clínica da Pessoa Idosa		16	Tem problemas de comportamento
	10	Tem relutância nos cuidados		18	É financeiramente dependente
	12	Tem conflitos conjugais ou familiares		19	Tem expectativas irrealistas
	13	Relação atual de baixa qualidade com a Pessoa Idosa		20	Tem problemas de álcool ou de medicação
	14	Inexperiência na prestação de cuidados		21	Relação atual de baixa qualidade com familiar cuidador
	17	É acusador		22	Tem lesões ou quedas suspeitas
	24	Relação passada de má qualidade com a Pessoa Idosa		23	Tem problemas mentais/emocionais
				25	É acusador
				26	É emocionalmente dependente
				27	Não tem médico regular

### Autores:

Reis, M. & Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480.



## **ANEXO II – ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT (EAI)**

## ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT

I. Avaliação geral	Muito bom	Bom	Baixo	Muito baixo	Impossível avaliar <sup>11</sup>
a) Vestuário					
b) Higiene					
c) Nutrição					
d) Qualidade da pele					
Comentários adicionais					
<b>II. Possíveis indicadores</b>					
a) Contusões					
b) Golpes					
c) Fraturas					
d) Vários estádios de cura de escoriações/fraturas					
e) Evidência de abuso sexual					
f) Queixa de abuso repetido pelo idoso					
Comentários adicionais					
<b>III. Possíveis indicadores</b>					
a) Contraturas					
b) Lesões de pressão					
c) Desidratação					
d) Diarreia					
e) Depressão					
f) Impacto					
g) Desnutrição					
h) Queimaduras de urina					
i) Má higiene					
j) Falha na resposta a aviso a doença óbvia					
k) Medicação inadequada (carência/excesso)					
l) Readmissão hospitalar devido a provável falta de vigilância dos cuidados de saúde					
m) Queixas do idoso de negligência					
Comentários adicionais					
<b>IV. Possíveis indicadores de Exploração</b>					
a) Mau uso do dinheiro					
b) Evidência de exploração financeira					
c) Registos de exigências de bens em troca de serviços					

d) Incapacidade para controlar o dinheiro/bens					
e) Queixas do idosos de exploração					
Comentários adicionais					
<b>IV. Possíveis indicadores de Abandono</b>					
a) Evidência que o cuidador abandonou os cuidados propositadamente sem arranjar alternativas					
b) Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio					
c) Queixas do idoso de abandono repetido					
Comentários adicionais					
<b>Resumo</b>					
a) Evidência de abuso					
b) Evidência de negligência					
c) Evidência de exploração					
d) Evidência de abandono					
Comentários adicionais					

Comentários:

---



---

**Autor da versão original:**

Fulmer, T. (2008). Screening for Mistreatment of Older Adults. American Journal of Nursing, 108(12), 52-59.

**ANEXO III – REGISTO DE PRESENÇA NO SEMINÁRIO “A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA  
E DE GÊNERO: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR”**

# SEMINÁRIO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DE GÉNERO: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Patrícia Alexandra Areias Ramalho, esteve presente no seminário subordinado ao tema: A violência doméstica e de Género: Uma abordagem multidisciplinar, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 28 maio de 2015.

A Presidente da ESEL



(Maria Filomena Gaspar)

**ANEXO IV – REGISTO DE PRESENÇA NO CONGRESSO: “VIOLÊNCIA  
DOMÉSTICA... QUE CAMINHOS AINDA A PERCORRER?”**



## CONFERÊNCIA

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA ...

QUE CAMINHOS AINDA A PERCORRER ?

# CERTIFICADO

Certifica-se que

**Patrícia Alexandra Areias Ramalho**

Participou na Conferência

**Violência Doméstica... que Caminhos ainda a Percorrer?**

realizado nos dias 17 e 18 de novembro de 2015

num total de 16 horas

Lisboa, 18 de novembro de 2015

O Secretário-Geral da Administração Interna

**Carlos  
Manuel  
Silvério  
da Palma**

Assinado de forma  
digital por Carlos  
Manuel Silvério da  
Palma  
DN: c=PT, o=Ministério  
da Administração  
Interna, ou=Secretaria-  
Geral do Ministério da  
Administração Interna,  
cn=Carlos Manuel  
Silvério da Palma  
Dados: 2015.11.25  
14:55:31 Z

#### ORGANIZAÇÃO



## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS (NARRATIVA)**

Caro(a) colega,

No âmbito do 6º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, a decorrer na ECCL, encontro-me a desenvolver um projeto intitulado “Intervenção de Enfermagem na Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa dependente de Familiar Cuidador, no domicílio”.

Os objetivos gerais para este projeto são: 1) desenvolver competências de enfermagem de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à Pessoa Idosa e familiar cuidador; 2) desenvolver competências de enfermagem de mestre e especialista na prevenção da violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador, no domicílio e 3) contribuir para desenvolver competências na equipa de enfermagem para a prevenção da violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador, no domicílio.

Neste sentido, peço a vossa colaboração na elaboração de uma narrativa, com vista a apurar necessidades formativas no âmbito da prevenção da violência contra a Pessoa Idosa dependente, bem como das dificuldades sentidas no que se refere à abordagem destas situações.

A sua colaboração é muito importante, uma vez ser um(a) enfermeiro(a) com experiência singular, portanto é-lhe solicitado que, em forma de narrativa responda às questões abaixo elencadas recorrendo à sua experiência da prática de cuidados.

Garantimos total confidencialidade e anonimato, pelo que não necessita de colocar qualquer identificação. Agradecemos desde já a atenção disponibilizada.

Enfermeira

Patrícia Ramalho

1. Situe-se numa situação na sua prática clínica em que está a cuidar de um senhor(a) idosa dependente de familiar cuidador. Descreva o que considerou ser relevante conhecer do senhor(a) e sua família, no sentido de prevenir a violência contra a Pessoa Idosa, pelo familiar cuidador.

2. Que estratégias implementa para conhecer o senhor(a) e família de modo a identificar as suas necessidades e potencialidades, estabelecer laços de confiança e compromisso, no sentido de ir ao encontro do seu projeto de vida e de saúde?

3. O que isso o(a) faz sentir?

4. Facilidades e dificuldades sentidas na implementação das estratégias apresentadas, que visam um melhor conhecimento/envolvimento da Pessoa Idosa e família, para a prevenção da violência pelo familiar cuidador.

5. No seu entender, o que é que a equipa poderia melhorar?

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Ex.mo. Sr./Sr.<sup>a</sup> Enfermeiro(a)

O meu nome é Patrícia Alexandra Areias Ramalho, sou estudante do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito do projeto de estágio que me encontro a desenvolver neste serviço, sobre a “Intervenção de Enfermagem na Prevenção da Violência à Pessoa Idosa Dependente do Familiar Cuidador, no domicílio”, venho convidá-lo(a) a colaborar neste trabalho.

Este projeto tem como objetivos: 1) desenvolver competências de enfermagem de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à Pessoa Idosa e familiar cuidador; 2) desenvolver competências de enfermagem de mestre e especialista na prevenção da violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador, no domicílio e 3) contribuir para desenvolver competências na equipa de enfermagem para a prevenção da violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador, no domicílio.

Note que o anonimato e a confidencialidade das informações estarão garantidos e que os dados cedidos ficarão registados em formato papel, podendo ser utilizadas transcrições do que referir, a serem incluídas no relatório final de estágio. A sua participação é muito importante para um adequado diagnóstico de situação, contudo inteiramente voluntária.

Aceitando participar por sua livre vontade neste projeto, declara que foi informado(a) e compreendeu o objetivo do projeto, dando o meu consentimento.

---

(assinatura do(a) enfermeiro do local de estágio)

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_



## **APÊNDICE II – ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS DADOS OBTIDOS**

## **ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS**

Com o objetivo de conhecer o modo como os enfermeiros da ECCI lidavam com a problemática da violência contra a Pessoa Idosa dependente de familiar cuidador, foi elaborado um instrumento de colheita de dados sob a forma de narrativa. Foi inicialmente solicitado aos enfermeiros que descrevessem uma situação contra a Pessoa Idosa que considerassem violenta. Pretendeu-se, posteriormente perceber quais os fatores de risco identificados pelos enfermeiros, quais as estratégias que utilizavam, quais as dificuldades sentidas perante a situação e quais as intervenções que consideravam que deveriam ser melhoradas.

Foi realizada uma análise de conteúdo, que segundo Bardin (2013)<sup>56</sup> consiste "num conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (p.44). As categorias foram pré-definidas, através da interação com o quadro teórico de partida, portanto tendo em consideração o que a literatura refere em relação aos fatores de risco, às dificuldades inerentes à abordagem do tema da violência e as estratégias de intervenção utilizadas nessas mesmas situações.

O processo de codificação deu-se em função da frequência de repetição de palavras e significados, segundo as suas características e constituindo unidades de registo (Bardin, 2013). No Quadro 1 são apresentados os dados, com as respetivas categorias, unidades de registo e unidades de contexto.

---

<sup>56</sup> Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

## QUADRO1- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS (SEGUNDO BARDIN, 2013)

	Categoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto
1. Detecção de fatores de risco (fase revelar-se)	Relacionado com Pessoa Idosa	Perturbações mentais/emocionais (2)	N1: “detetar (...) se está deprimido (...) ansiedade”; N2: “analisar possibilidade de períodos de confusão ou desorientação”
		Grau de dependência ao nível da prestação de cuidados (2)	N2: “grau de dependência”; N3: “o seu nível de dependência”
		Dependência financeira (1)	N4: “a dependência económica do cuidador da pessoa que está a ser cuidada ou vice-versa”
		Comportamento agressivo (2)	N1: “se há comportamento de raiva para com a pessoa que cuida dele(a)”; N2: “aceitação do estado de saúde”
		Hábitos de vida (1)	N2: “estilos de vida”
		Qualidade da relação entre Pessoa Idosa e cuidador (4)	N1: “queixas, desabafos do utente, expressão facial”; N2: “relação entre o utente e o familiar cuidador; N3: “a relação entre pessoa dependente e familiar cuidador (...) o que verbaliza acerca da sua relação com familiar cuidador”; N4: “a relação entre ambos”
		Comorbilidades (2)	N2: “antecedentes de saúde”; N3: “informação essencial ao processo de saúde”
	Relacionado com Familiar Cuidador	Perturbações mentais (1)	N1: “instabilidade emocional”
		Hostilidade e agressividade (1)	N1: “domínio e controlo sobre o familiar dependente, não havendo respeito, nem comunicação empática, a forma como presta cuidados (bruscamente e contrariado) ”
		Stress/burnout (3)	N2: “sinais de cansaço psicológico e/ou físico (...) dificuldades na prestação de cuidados (...) principais preocupações”; N3: “sobrecarga do familiar cuidador (número de horas de cuidados diários prestados? (...) interesse em beneficiar do período de descanso do cuidador assegurado pela rede nacional de cuidados continuados; carga de cuidados que exige ao familiar cuidador”; N4: “há quanto tempo cuida (...) tempo diário que cuida (...) se o cuidador tem momentos de repouso”
		Conhecimento sobre processo de envelhecimento e situação de saúde (3)	N1: “falta de compreensão sobre estado de saúde ou situação do familiar doente/dependente”; N2: “expectativas relacionadas com a situação de saúde do familiar e com a intervenção da equipa”; N3: “expectativas sobre a evolução da situação de doença do seu familiar e motivação para continuar a cuidar (...) teve alguma formação prévia?”

2. Estratégias para conhecer a pessoa e familiar	Sociofamiliares	Não-aceitação do papel de cuidador (1)	N2: "avaliação da aceitação do papel de cuidador"
		História de violência prévia (2)	N1: "historial de violência na família"; N4: "se há algum historial de maus-tratos do cuidador"
		Isolamento social (2)	N1: "o facto de se fechar no quarto para não ser incomodada pela família"; N2: " interação social (...) e relação com a família"
		Rede de suporte formal e informal ineficaz (4)	N1: "se tem apoio de outros familiares ou vizinhos"; N2: "rede de suporte familiar (...) e formal de que dispõe"; N3: "tem quem o apoie? Beneficia de serviço de apoio domiciliário para apoio nos cuidados?"; N4: "se existem mais familiares/vizinhos envolvidos na situação do cuidar"
	Revelar-se	Estratégias de comunicação efetiva (3)	N1: "escutar o senhor(a) e sua família; comunicação empática"; N2: "as estratégias passam essencialmente pela comunicação"; N3: "ser sincero e mostrar empatia"
		Conhecer a história de saúde da pessoa (3)	N1: "anamnese (...) avaliar condições habitacionais e de higiene para com o doente"; N2: "numa primeira visita é levantada a história de saúde do utente (...) diagnósticos de enfermagem"; N3: "procuro recolher o máximo de informação possível, quer através da entrevista ao doente e familiar cuidador, quer através da consulta da informação disponibilizada nas plataformas/sistemas de informação com o processo do doente (...) [e das] assistentes sociais das IPSS; utilização de escalas, tais como de Braden, Barthel e de Moorse"
		Conhecer a dinâmica relacional da família (1)	N1: "tipo de relacionamento com a família"
		Mostrar disponibilidade (1)	N 2: "disponibilidade"
	Envolver-se	Avaliar dificuldades da pessoa e familiar cuidador (2)	N2: "percebendo as dificuldades (...) quais as principais dificuldades do cuidador"; N4: "criar momentos onde ambos possam verbalizar as suas necessidades"
		Avaliar a sobrecarga do familiar cuidador (1)	N1: avaliar o grau de desgaste da família e/ou principal cuidador"
		Partilha de informação (2)	N1: "informar sobre os serviços de saúde, ensinos e reforço dos mesmos"; N3: explicar o porquê e procurar negociar uma troca mais frequente [fralda] explicando-lhe os ganhos dessa intervenção"

		Promover autonomia da Pessoa Idosa (1)	N2: “identificou-se que o objetivo de intervenção da equipa seria que o sr L. conseguiram-se ganhos em autonomia/mobilidade, de modo a frequentar o Centro de Dia”
		Avaliar e sugerir redes de apoio (1)	N2: “parcerias na comunidade de forma a delinear o plano de intervenção”
		Reunião entre ECCI e família (1)	N2: “outra das estratégias passou por realizar uma reunião familiar com a presença dos vários elementos da equipa”
	Capacitar	Construir uma ação conjunta (2)	N1: “colaboração do utente com os cuidados de saúde prestados/tratamentos”; N2: “o sr. L. manifestou vontade em colaborar no plano multidisciplinar”
		Partilha de responsabilidade e poder (1)	N1: “colaboração da família com a equipa de saúde nos cuidados a prestar ao familiar dependente”
3. Sentimentos	Insatisfação (1)		N1: “insatisfeito com o tempo de resposta de entidades específicas e com o pouco tempo que temos para prestar cuidados de Enfermagem. Pois há situações em que apenas 15 minutos de visita domiciliária não dá para perceber muito bem/compreender o meio envolvente e conhecer melhor a realidade do utente”
	Frustração (1)		N2: “o facto das estratégias utilizadas não garantirem a segurança do utente leva a sentimentos de frustração”
	Sucesso (2)		N3: “quando comecei a estudar o Modelo de Intervenção em Parceria (...) isso permitiu-me estar mais confortável ao trabalhar esta temática da prevenção da violência”; N4: “faz-me sentir um elo importante na relação de ambos e na hipótese de resolução e/ou orientação da resolução de alguma necessidade”
	Incómodo (1)		N4: “se a relação entre ambos não é boa, pode-me fazer sentir um pouco incomodado”
4. Facilidades e Dificuldades	Facilidades	Articulação com equipa interdisciplinar (1)	N1: “articulação com assistente social e posteriormente com PSP (muitos tratamentos/VD's foram efetuados com a presença de um agente da PSP)”
		Verbalização de dúvidas por parte do cuidador (2)	N2: “verbalização das dúvidas sentidas”; N3: “habitualmente os familiares cuidadores também têm facilidade em expressar as suas dificuldades no processo de cuidar, a sua motivação ou desmotivação e frequentemente são eles que solicitam a nossa intervenção porque reconhecem que não estão a conseguir cuidar adequadamente da pessoa dependente (ou porque começa a desenvolver úlceras por pressão, porque está desnutrido, etc.)”

		Parceira com Pessoa Idosa e familiar cuidador (1)	N2: "delinear um plano de intervenção em parceria com o utente e família"
		Proximidade dos cuidados (1)	N3: "posso apontar como facilidades o facto da relação que se estabelece com o doente e o familiar cuidador quando se cuida no domicílio ser à partida mais 'fácil' e intensa do que nas instalações de unidade de saúde"
	Dificuldades	Medo de retaliação para com a Pessoa Idosa dependente (1)	N1: "as dificuldades sentidas foram relacionadas com o familiar cuidador, uma vez que este se apercebeu das VD's conjuntas com a PSP e começou a retaliar para com o utente (...) tendo-a agredido fisicamente"
		Elevado tempo de resposta dos apoios na comunidade (1)	N1: "o tempo de resposta por parte das instituições dificulta a implementação das estratégias"
		Mau relacionamento familiar (1)	N2: "interação do utente e filha que causa ansiedade em ambos"
		Desresponsabilização do papel de cuidar pelo familiar (1)	N2: "ausência da filha do utente aquando das visitas"
		Excesso de trabalho/falta de tempo (1)	N3: "como dificuldades aponto a questão do tempo que podemos dedicar a estas pessoas, que sinto que é sempre pouco devido à carga de trabalho"
		Ausência de denúncia da situação por parte da Pessoa Idosa dependente (1)	N3: "da parte da pessoa dependente habitualmente é mais difícil ter feedback sobre situações de violência, quer seja devido ao receio/vergonha em divulgar aquilo que corre menos bem com o familiar cuidador, quer pela própria situação de dependência física e cognitiva que o impossibilita dessa comunicação"
		Receio de romper com relação de confiança (1)	N4: "desconfiança entre o cuidador e a pessoa cuidada, ao tentar implementar estratégias no sentido de prevenir a violência ou detetar a mesma"

5. O que a equipa tem a melhorar	Desenvolver competências na área (2)	N1: “mais formação nesta área (...) desenvolver competências para melhor detetar e prevenir a violência contra a Pessoa Idosa dependente do familiar cuidador”; N4: “aplicação sistemática de algumas questões práticas (...) (durante um diálogo) já previamente formuladas, para detetar alguma violência/negligência (...) observação de sinais físicos”
	Melhor articulação interdisciplinar (1)	N1: “melhor articulação com entidades responsáveis de forma a dar correto seguimento do processo/sinalização da violência a determinada pessoa familiar e ou cuidador”;
	Estabelecimento de parcerias na comunidade (1)	N3: “faltam estabelecer parcerias com instituições e voluntários que possam ser uma resposta aos familiares cuidadores em sobrecarga; agilizar comunicação com autoridades e os procedimentos de denúncia das situações de violência”
	Nº de visitas domiciliárias (1)	Nº: “aumento do número de visitas para maior monitorização do risco de queda e definição de estratégias com a cuidadora; aumento do número de visitas aquando da permanência da filha do sr. L. no domicílio”
	Intervenção em parceria com familiar cuidador (1)	N2: “a melhorar: intervenção com a filha do sr. L. aquando da prestação direta de cuidados (...) intervenção de psicologia à filha do sr. L. (a intervenção é apenas com o utente); desmistificação sobre o estado de saúde do sr. L.”
	Promover apoios familiares (1)	N2: “encorajar o envolvimento da restante familiar (fator potenciador da sobrecarga da filha que refere sentir-se sozinha pois os irmãos não podem apoiar o pai de forma direta”

### Referências Bibliográficas:

Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

### **APÊNDICE III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS**



## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA NARRATIVA**

Para uma intervenção em parceria com a Pessoa Idosa dependente/familiar cuidador é crucial conhecer a pessoa (Gomes, 2013). Para tal, não chega saber apenas o nome e os antecedentes pessoais. É necessário conhecer a identidade da pessoa, o seu projeto de vida e de saúde, efetuando uma avaliação multidimensional, com especial atenção aos fatores de risco e indicadores de violência. Com a análise dos resultados constatou-se que todos os enfermeiros valorizam a importância de conhecer a qualidade da relação entre a Pessoa Idosa dependente e o familiar cuidador, assim como a existência de uma rede de suporte formal e informal que apoiam o familiar. Verificou-se que 75% dos profissionais referiram a necessidade de conhecer a situação de saúde e doença, bem como os sinais de cansaço e sobrecarga do familiar. Cinquenta por cento dos enfermeiros identificaram as perturbações mentais, o grau de dependência, as comorbilidades, o comportamento agressivo, o isolamento e a história prévia de violência como fatores de risco para a ocorrência da mesma. Tendo em conta os resultados obtidos, pôde concluir-se que os enfermeiros identificam a maior parte dos fatores de risco existentes na literatura. A dependência financeira foi menos valorizada, referida apenas por 25% dos enfermeiros. Não foram referidos fatores como o abuso de substâncias (como álcool e drogas), a dependência do agressor face à vítima (quer emocional, quer habitacional), a transmissão intergeracional de violência e fatores sociais como a banalização da mesma e o idadismo, todos eles fatores de risco cruciais para a existência de violência contra a Pessoa Idosa, não devendo ser menosprezados (DGS, 2014). No gráfico 1 são apresentados os resultados obtidos em relação à identificação de fatores de risco para a violência pelos enfermeiros, assim como aqueles que não foram identificados, mas constituem de igual modo fatores preditivos importantes.

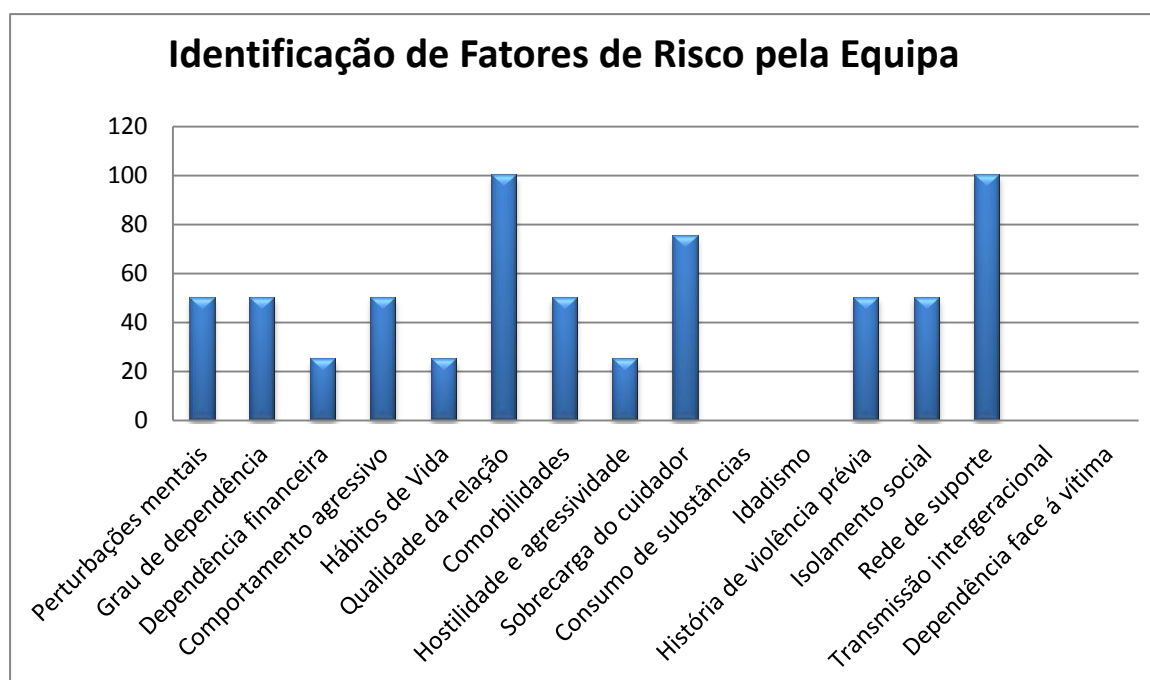


Gráfico 1 - Identificação de fatores de risco de violência

É clara a necessidade de se conhecer a Pessoa Idosa e o familiar cuidador, por forma a intervir numa situação de violência. Neste sentido, foi questionado aos enfermeiros, que estratégias utilizavam para conhecer essa situação. Através da análise da resposta ao segundo ponto da descrição da narrativa e articulando com a grelha de análise da intervenção em parceria (apêndice XV), pôde concluir-se que os enfermeiros edificavam esforços para conhecer a pessoa/familiar cuidador, numa lógica conducente com as duas primeiras fases do Modelo de Parceria de Cuidados. Numa primeira fase referiram utilizar estratégias de comunicação efetivas e conhecerem a história de saúde da pessoa (75% dos enfermeiros). No entanto apenas 25% dos enfermeiros referiram a preocupação em conhecer a abrangência da dinâmica relacional da família. Não foram referidas estratégias como a aplicação de instrumentos de avaliação de risco, reconhecimento de barreiras à identificação de situações de violência, a avaliação multidimensional da Pessoa Idosa, com especial atenção a indicadores como a desnutrição, desidratação, má higiene geral, vestuário inadequado, evidência de traumas e hematomas, medo e ansiedade, disparidade de explicação de quedas, etc. Não foram identificadas: a necessidade de conhecer o familiar cuidador, a globalidade de cuidados prestados pelo mesmo e a situação económica familiar. Demonstrar disponibilidade foi apenas apontado em 25% dos participantes, característica relevante num trabalho em parceria. Tal pode

estar relacionado com o facto da equipa ser pequena e a carga de trabalho elevada. Na segunda fase do modelo de parceria de cuidados, os enfermeiros identificaram a necessidade de avaliar as dificuldades em cuidar, a sobrecarga do familiar cuidador, assim como estratégias de partilha de informação e sugestão de redes de apoio. A reunião entre a ECCEI e a família foi apontada por 25% dos enfermeiros como uma estratégia de intervenção. No quadro 1 é apresentada uma síntese dos resultados obtidos, comparados com as estratégias referidas na literatura, apresentando-se a vermelho, as que não foram referidas.

Estratégias para conhecer a situação de violência		Respostas (%)
Fase 1 – Revelar-se	Estratégias de comunicação efetivas	75
	Conhecer a situação de saúde-doença	75
	Conhecer a dinâmica relacional da família	25
	Conhecer situação económica	0
	Conhecer a identidade da pessoa <sup>57</sup>	0
	Efetuar uma avaliação multidimensional da Pessoa Idosa	0
	Identificar fatores de risco através da aplicação de instrumentos de avaliação	0
	Reconhecer barreiras à identificação e denúncia de violência	0
	Conhecer o familiar cuidador <sup>58</sup>	0
	Conhecer a globalidade de cuidados prestados pelo cuidador <sup>59</sup>	0
Fase 2 – Envolver-se	Mostrar disponibilidade	25
	Avaliar dificuldades de cuidar do familiar cuidador	50
	Articulação com equipa multidisciplinar	25
	Avaliar e sugerir redes de apoio	25
	Avaliar sobrecarga do familiar cuidador	25
	Familiarizar-se com a casa da pessoa	0
	Conhecer a história prévia do familiar cuidador (outras experiências em cuidar, história de violência) e significado que atribui ao papel de cuidar	0
	Conhecer histórias prévias de conflitos e violência na família	0
	Identificar comportamentos indicadores de violência	0
	Avaliar eficácia das estratégias de cuidar do cuidador	0

Quadro 1 – Estratégias dos enfermeiros para conhecer uma situação de violência contra a Pessoa Idosa

<sup>57</sup> Nome, idade, habilitações, estado civil, profissão anterior, valores, agregado familiar, hábitos de vida, atividades de lazer.

<sup>58</sup> Escolaridade, profissão, horas de cuidados prestados, dificuldades financeiras, estado civil, desemprego, abuso de substâncias, doenças, stress

<sup>59</sup> Duração, complexidade, tempos de lazer que tem para si, apoio de outros familiares, vizinhos ou comunitários

Da análise dos resultados, podemos identificar que a intervenção que a equipa de enfermagem refere em caso de violência passa pela avaliação da sobrecarga do familiar cuidador e pela partilha de informação e responsabilidade, capacitando-o para cuidar da Pessoa Idosa. A par disso, existe a preocupação em promover a autonomia da Pessoa Idosa, visto que a dependência é um fator de risco para a ocorrência de violência. Às soluções apresentadas, os enfermeiros acrescentam a reunião da equipa da ECCI com a família, de modo a mostrar o empenho de todos os elementos e a articulação com recursos sociais e da comunidade (centros de dia, IPSS, sugestão de benefício do período de descanso do cuidador da RNCCI, etc.). No quadro 2 são apresentadas as estratégias referidas, bem como as que não foram identificadas pela ECCI, mas que são sugeridas na literatura.

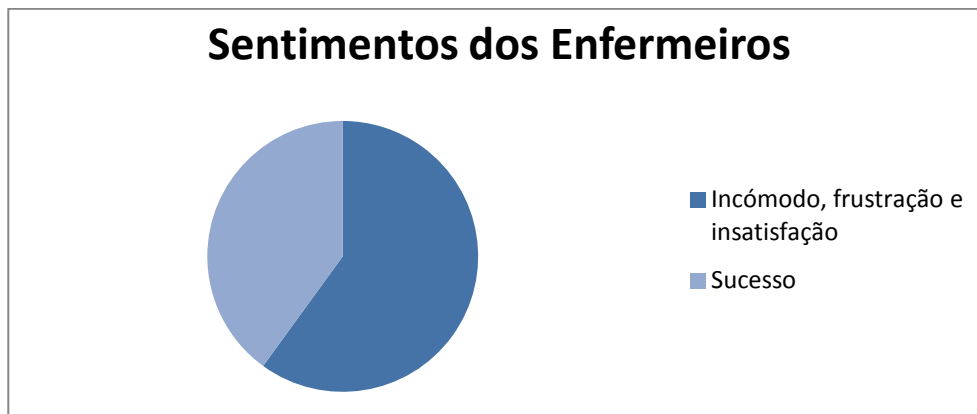
<b>Intervenção em de situação violência</b>	<b>Respostas (%)</b>
<b>Avaliar a sobrecarga do cuidador</b>	25
<b>Capacitar o familiar cuidador para o seu papel, promovendo a partilha de informação numa ação negociada</b>	50
<b>Atuar em fatores de risco (como a dependência, promovendo a autonomia)</b>	25
<b>Articulação com a equipa</b>	25
<b>Sugerir redes de apoio social (IPSS, centros de dia)</b>	25
<b>Intervenção em parceria</b>	25
<b>Sugerir período de descanso ao familiar cuidador</b>	25
<b>Sugerir recursos na comunidade (teatro, universidade da terceira idade, grupos sénior)</b>	0
<b>Distribuição de informação em locais estratégicos de informação à população (escolas, centros de saúde, junta de freguesia, hospitais, etc)</b>	0
<b>Promover ações de sensibilização com vista à prevenção da violência</b>	0
<b>Sugerir o alargamento das relações (vizinhos, amigos, familiares)</b>	0

Promover um envelhecimento ativo	0
Tutela da Pessoa Idosa, em caso de risco à integridade e segurança da Pessoa Idosa	0
Registar em processo clínico toda a informação	0
Formalizar a denúncia de crime público junto de autoridades	0

Quadro 2 – Intervenção de enfermagem em caso de violência contra a Pessoa Idosa

Os enfermeiros apenas referiram algumas das intervenções que podem ser realizadas, e parecem atribuir a causa da violência em grande parte à sobrecarga ou falta de informação dos familiares cuidadores. Neste sentido, podem ser estratégias de intervenção, para além da educação para a saúde sobre os direitos durante as visitas domiciliárias, a criação de ações de sensibilização dirigidas aos cuidadores, sobre as especificidades dos cuidados à Pessoa Idosa ou a adaptação do domicílio às limitações da mesma. Atuar nos fatores de risco é crucial pelo que, a par com a promoção da autonomia, deve ser combatido o isolamento social e promovido o *empowerment* da Pessoa Idosa. A criação de equipas de voluntariado que possam promover a interação social da Pessoa Idosa pode ser um bom aliado na prevenção da violência.

Perante uma situação de violência, os enfermeiros confessaram sentimentos de frustração, insatisfação e incómodo, relacionados com o tempo de resposta das entidades de articulação e a falta de tempo efetivo para lidar com a situação, relacionado com a carga de trabalho (gráfico 2). Os enfermeiros da ECCI prestam apoio domiciliário a utentes da UCSP, e não apenas aos utentes inscritos na ECCI (num total de 20 vagas para 4 enfermeiros). Este facto pode estar na origem na falta de tempo que a equipa tem para se apropriar e intervir numa situação tão complexa como é a da violência doméstica, afirmando que “há situações em que apenas 15 minutos de visita domiciliária não dá tempo para perceber muito bem/compreender o meio envolvente e conhecer melhor a realidade do utente” (SIC, narrativa 1). Contudo, 25% dos enfermeiros reconhecem o benefício da aplicação do modelo de intervenção em parceria, trazendo-lhe “sucesso” e “conforto” na gestão desta problemática.



**Gráfico 2 – Sentimentos referidos pelos enfermeiros quando lidam com situações de violência**

A violência contra a Pessoa Idosa é um tema complexo e exigente, que pode provocar nos enfermeiros diversas dificuldades. Quando questionados sobre tal, estes apontam o medo de retaliação para com a Pessoa Idosa, o receio de romper com a relação de confiança em caso de denúncia, a dificuldade de revelação por parte da Pessoa Idosa, a desresponsabilização do papel de cuidar pelo cuidador e o elevado tempo de resposta dos apoios na comunidade. Contudo, este último poderia ser colmatado, se existissem parcerias protocoladas entre a ECCI e os diferentes apoios da comunidade, que permitissem a identificação clara do papel e intervenção de cada uma das entidades responsáveis. A denúncia é sempre difícil, devido à existência de barreiras, contudo a literatura refere que idosos mais informados, podem decidir conscientemente sobre aquilo que é melhor para si. Os enfermeiros têm um papel importante na sensibilização e educação para saúde, prevenindo assim a perpetração da violência.

A ECCI reconheceu a necessidade de “mais formação nesta área (...) [para] desenvolver competências para melhor detetar e prevenir a violência” (SIC, narrativa 1) e sugeriu a existência de uma sistematização da atuação em caso de violência, previamente formulada, que ajude a detetar precocemente sinais. Esta sugestão vai de encontro às normas da DGS (2014) que reconhece a importância de algoritmos e protocolos de atuação em caso de violência. Neste sentido, um algoritmo de atuação, com questões-chave que possam ser facilmente apropriadas pelo enfermeiro aquando da visita domiciliária, pode ser uma mais-valia na deteção

precoce de violência. A utilização do protocolo referido pela DGS pode ser uma proposta para ultrapassar este obstáculo.

Os enfermeiros referem a necessidade de existir uma melhor articulação interdisciplinar “de forma a dar correto seguimento do processo/sinalização da violência a determinada pessoa e/ou familiar cuidador” (SIC, narrativa 1). No momento que decorreu o estágio, a ECCI não dispunha de psicólogo, sendo um psicólogo da UCSP que prestava apoio à equipa. Isto, a par da inexistência de um médico numa ECCI, pode provocar falta de apoio na atuação integrada em caso de violência. A atuação pode, segundo os enfermeiros ser melhorada com o estabelecimento de “parcerias com instituições e voluntários que possam ser uma resposta aos familiares cuidadores em sobrecarga” (SIC, narrativa 3), assim como a “agilização da comunicação com autoridades e os procedimentos de denúncia das situações de violência” (SIC, narrativa 3).

### **Referências Bibliográficas:**

- Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa, DGS.
- Gomes, I. (2013) Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio In: Lopes, M. (2013). *O cuidado de enfermagem á Pessoa Idosa*. Lusociência, Loures, p. 77-113.

## **APÊNDICE IV – CRONOGRAMA**



[illegible]

[illegible]

## **APÊNDICE V – ANÁLISE SWOT**

## ANÁLISE SWOT

SWOT é um acrónimo para: Strengths (forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças). A sua aplicação traz benefícios, uma vez que promove a reflexão acerca do projeto, tomando consciência dos elementos benéficos ou não, pretendendo-se desta forma elaborar um plano de ação que contemple respostas a essas situações. As forças são elementos que trazem benefício ao projeto; as fraquezas podem perturbar a sua realização. As oportunidades e as ameaças são situações externas que podem afetar o projeto de forma positiva ou negativa, respetivamente.



### Referências Bibliográficas:

Tavares, M. (2008). *Gestão estratégica*. 2ª edição. São Paulo: Atlas.

## **APÊNDICE VI – REFLEXÃO DAS PRÁTICAS (ECCI)**

## 1. DIFICULDADES E NECESSIDADES DO CUIDADOR DE UMA PESSOA IDOSA DEPENDENTE

### DESCRIÇÃO DE SITUAÇÃO:

O Sr. J. é cuidado atualmente pela esposa, uma senhora reformada, que disponibiliza todo o seu tempo ao marido, assistindo-o em todas as AVD's. Em visitas domiciliares anteriores os enfermeiros ouviram-na afirmar "*antes maltratavas-me mas agora sou eu que trato de ti*". Apesar da relação anterior entre os dois ter sido conflituosa, e da senhora nos confessar a existência de condutas violentas na relação por parte do marido, esta está capacitada e responsabilizada pelo seu papel de cuidadora. A esposa apresenta alguns problemas de saúde, nomeadamente cardíacos. Quando questionada pelo enfermeiro acerca dessa situação, refere não ter tempo para realizar os exames, tendo adiado as suas consultas médicas. Está visivelmente cansada e refere não sair de casa, nem ter atividades sociais.

Os familiares encontram-se, na grande maioria das vezes na linha da frente no que diz respeito à prestação de cuidados à Pessoa Idosa. Sarmento, et al (2010), referem que "os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações de perda de autonomia e dependência" (p.14). A família assume um papel de relevo na manutenção da Pessoa Idosa no domicílio, local onde se sente segura e confortável, em detrimento de ser institucionalizado. Contudo, tais exigências podem despoletar condutas violentas, contrariando esta última ideia.

Normalmente existe um cuidador familiar principal, que assume a responsabilidade da prestação de cuidados. Esta raramente é partilhada pela restante família (Saraiva 2008; Sarmento et al 2010). A literatura aponta para as várias dificuldades do cuidador, quando tem a seu cargo, para além das suas tarefas do dia-a-dia e das funções anteriores à dependência, a função acrescida de cuidar e assumir as responsabilidades da pessoa dependente (Brito, 2002). Estas dificuldades estão associadas a "um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado" (Sarmento

et al, 2010, p. 45). É importante que se perceba que um cuidador não presta apenas os cuidados mais visíveis, “uma vez que [esta tarefa] inclui mais do que aspetos instrumentais e físicos como a alimentação, a administração de medicação e mobilização” (Brito, 2002, p. 31). Quem cuida tem normalmente a consciência de que a situação tende a degenerar-se devido, não só às morbilidades associadas, mas também ao contínuo processo de envelhecimento.

Por outro lado, cuidar de uma Pessoa Idosa dependente pode, de alguma forma contribuir para uma compensação sentimental para com alguém que um dia cuidou de nós. Nesta sentido, os filhos muitas vezes tornam-se fonte de apoio, sendo o cuidado por eles prestado, “um sonho da maioria das pessoas que se encontra na fase da velhice” (Figueiredo, 2007, p. 57).

O desempenho do papel de cuidador é influenciado por aspetos da vida quotidiana, social e profissional, podendo levar a sentimentos de tensão, stress e cansaço. A relação prévia com a Pessoa Idosa pode muitas vezes influenciar o cuidado (o tipo de mãe/pai/companheiro que foi, a existência de maltrato, o abandono, as quezílias existentes, etc.) (DGS, 2014). Um cuidador sobrecarregado pode levar, para além de problemas de saúde físicos, psicológicos e sociais (Lages, 2002), ao desempenho inadequado do próprio papel de cuidar, colocando em risco a prestação de cuidados de qualidade à Pessoa Idosa que tem a seu cargo. Os agentes stressores do cuidador estão associados, primariamente ao papel de cuidar (apoio nas tarefas e reações emocionais que daí advém) e secundariamente aos conflitos entre o cuidador e as obrigações familiares, profissionais e financeiras (Martins et al, 2003).

Remetendo-me à situação descrita, o Sr. J., que antes realizava as suas AVD's independentemente, necessitou, a partir de certo momento, de ajuda. Num contexto nutrido por conflitos e violência<sup>60</sup>, a esposa vê-se confrontada com o papel de assumir os cuidados ao marido, como dar-lhe banho no leito, onde ambos dormem. Esta é uma cama comum (não articulada), o espaço de passagem entre a cama e as paredes está amontoada de roupas, móveis e sacos de fraldas. Tal remeteu-me de imediato para a reflexão interior das dificuldades de cuidar uma pessoa dependente 24 horas por dia. Será que lhe foram explicadas estratégias de

---

<sup>60</sup> A esposa refere que a relação prévia dos dois era conflituosa e baseada em 'maltrato.'

*coping* da situação, nomeadamente, como realizar os cuidados de higiene no leito ou como transferir e mobilizar o senhor? Explicadas essas estratégias, tal contribuiu para reduzir a tensão do cuidador. Reduzindo este tipo de sentimentos, que levam muitas vezes inconscientemente a situações de negligência, proporcionamos uma capacitação do cuidador para continuar a desempenhar o seu papel. Ao intervir com a família, o enfermeiro deve ter conhecimento das suas histórias e alterações de vida, que corresponderam a instabilidade, bem como da forma de resolverem os seus conflitos. Deve igualmente avaliar-se os recursos e competências da família, de modo identificar as necessidades e definir os objetivos. Sabemos que esta cuidadora sofreu de condutas abusivas por parte do marido, contudo quando este necessitou dela, esta esposa não hesitou em desempenhar o papel de cuidar, apesar de tudo. Existe um conjunto de aspetos que ficaram por apurar<sup>61</sup>, contudo parece haver uma cultura de beneficência, onde a esposa assumiu naturalmente o seu papel de cuidadora, provavelmente porque parece ser um papel culturalmente atribuído à mulher (Carvalho et al, 2008), ou devido a um sentimento de responsabilidade moral ou altruísmo (Figueiredo, 2007; Paúl & Fonseca, 2005). Segundo Figueiredo (2007, p. 106):

“as pessoas que assumem a prestação informal de cuidados fazem-no através de um processo de ‘slipping into it’ - «escorregar para dentro» e de um outro, o de ‘slipping out of it’ - «escorregar para fora», isto é, o cuidador não toma a decisão de cuidar, mas “escorrega para dentro” da situação, e ao mesmo tempo que este assume a tarefa de cuidar, outros descartam-se dessa responsabilidade e “escorregam para fora”

Tal remete-me para outra questão: caso esta esposa não assumisse esse papel, como capacitamos uma cuidadora que foi no passado maltrata pelo marido? Como intervimos, sugerindo-lhe assumir o papel de cuidar do marido que a maltratou? Temos essa responsabilidade, ou não temos esse direito?

Numa ótica conducente com um cuidado em parceria (Gomes, 2013), o enfermeiro pode intervir nestas situações, estabelecendo um plano de intervenção adaptado e negociado, onde é dado à família um papel ativo, permitindo o processo de readaptação à dependência da pessoa. Esta adaptação é influenciada pela base de crenças, valores e preconceitos familiares, daí a necessidade de uma intervenção

---

<sup>61</sup> Devido à complexidade desta situação, era necessário mais tempo. Note-se que este utente estava ao cuidado da UCSP que a ECCI dava apoio e não diretamente da ECCI.



próxima da família, que permita individualizar um plano de intervenção que possibilite o desenvolvimento de mecanismos de superação de obstáculos (Meleis, 2010). Note-se que isto só é possível, através do conhecimento e envolvimento da díade enfermeiro-família, que permite a avaliação profunda da Pessoa Idosa e seu familiar cuidador (Gomes, 2013). A literatura sugere largamente a necessidade dos profissionais reforçarem os recursos e apoios sociais existentes, uma vez que famílias com uma fraca rede de apoio “experimentam mais períodos de dificuldade em ultrapassar as crises, encontram-se mais sós e mais indefesas face às exigências” (Sarmiento et al, 2010, p. 63). Neste sentido, torna-se importante compreender o suporte familiar da família: se existem parentes próximos, amigos e vizinhos, uma vez que a solidariedade familiar pode contribuir para apoiar e reduzir o stress do familiar cuidador. O enfermeiro deve reduzir o impacto da situação de dependência no seio da família, utilizando recursos da comunidade que ajudem as famílias a manter o cuidado da Pessoa Idosa, reduzindo-lhe de alguma forma a sua sobrecarga (cuidados domiciliários, descanso do cuidador). Com isto, o enfermeiro intervém na promoção da saúde do cuidador, uma vez que lhe proporciona momentos de descontração, para realizar o cuidado de Si (Gomes, 2013). Ao mesmo tempo, promove a manutenção da Pessoa Idosa no seu ambiente familiar, capacitando o cuidador e diminuindo a sobrecarga que muitas vezes é responsável pela institucionalização e negligência familiar. As políticas de saúde defendem a manutenção da Pessoa Idosa no domicílio o maior tempo possível, garantindo a dignidade, autonomia e identidade da pessoa (DGS, 2004). A manutenção do idoso no domicílio deve ser favorecida, “não só porque a oportunidade de viver no seu meio constitui a forma mais desejável de permitir que o idoso doente viva o resto da sua vida, como constitui, em termos de encargos imediatos, a forma de apoio menos dispendiosa para a sociedade” (Figueiredo, 2007, p. 24). O enfermeiro deve intervir no sentido de fornecer informação sobre a condição de saúde da Pessoa Idosa, referindo quais as suas potencialidades e limitações, uma vez que um cuidador não informado sobre a situação de doença do familiar, pode incorrer em situações de crítica e dúvida das reais capacidades da Pessoa Idosa.

Uma intervenção psico-educativa com o familiar cuidador, caracterizada por integrar um suporte educativo em relação à doença e um apoio emocional que permite a obtenção de orientações, gestão de emoções e uso de estratégias

eficazes na resolução de problemas, é reconhecida como uma abordagem bastante eficaz (Sousa et al, 2007; Barbosa et al, 2011). Tal permite-me refletir acerca do contributo que a ECCI tem para estas famílias. A sua resposta integrada permite a intervenção de diversas disciplinas, ao mesmo tempo que a sua proximidade lhes permite conhecer a família e disponibilizar recursos existentes na equipa (apoio de enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia e apoio psicológico), ou fora dela (entidades que se articulam com a ECCI, como centros de dia, paróquias, instituições de solidariedade social, etc.).

As visitas domiciliárias permitem muito mais que a realização do tratamento à úlcera de pressão do Sr. J.. Permitem uma avaliação global da pessoa, assim como a avaliação do cuidador e o desempenho do seu papel. Segundo Figueiredo (2007), uma das dificuldades mais sentidas pelos cuidadores é não terem com quem partilhar as suas experiências, dificuldades e preocupações. Neste caso, o enfermeiro surge como um suporte emocional e educacional, promovendo o esclarecimento de dúvidas, assim como o ensino *in loco*, incluindo a esposa nos cuidados, observando as suas estratégias e transmitindo mensagens de reforço positivo. Outra dificuldade identificada na literatura prende-se com o facto das pessoas não conhecerem os seus direitos e os serviços disponíveis (Figueiredo, 2007). Neste sentido foi sugerido o Programa de Descanso do Cuidador, criado no âmbito da RNCCI, possibilitando o internamento temporário do Sr. J., promovendo o descanso da esposa (de modo a ter tempo para si) e o tempo que esta necessitava para realizar os seus exames e ir a consultas, sem ter de deixar o marido sozinho. A par disto pode ser sugerido o apoio de instituições parceiras da ECCI (para prestação de cuidados de higiene todos os dias ou alguns dias por semana), ou de familiares/amigos que se responsabilizem pelo cuidado durante algumas horas, substituindo a cuidadora principal e proporcionando-lhe tempo para si.

A literatura sugere que os cuidadores sobrecarregados podem ver afetada a sua saúde física, provocando alterações do sistema imunitário, alterações no padrão do sono, problemas gastrointestinais, cansaço e alterações cardiovasculares (Brito, 2002; Loureiro, 2009). A par desse risco de desenvolver essas alterações existe a real ameaça à situação de saúde da esposa do Sr. J., uma vez que esta tende a valorizar primeiramente as necessidades do marido, negligenciando as suas. Estes

comportamentos de risco podem levar em última instância à incapacidade de prestar os cuidados ao Sr. J.. Neste sentido, o enfermeiro preocupou-se com as necessidades de saúde física e mental da prestadora de cuidados, que se encontrava sujeita a stress, esforço físico, tensão constante e falta de tempo para cuidar de si (realizar os seus exames). Para além disso, foi crucial erradicar a história de isolamento progressivo do seu meio social que culminava em sentimentos de solidão e escasso apoio (DGS, 2014). Cuidar do Sr. J. levou a uma progressiva limitação das atividades de lazer e convívio social, que resultou numa fragilidade dos contatos pré-existentes, assim como na dificuldade em encontrar apoio social. Proporcionando tempo à cuidadora, foi facultada a oportunidade desta sair de casa e continuar com a sua atividade social.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Barbosa, A. et al (2011). Cuidar de Idosos com Demência em Instituições: Competências, Dificuldades e Necessidades Percecionadas Pelos Cuidadores Formais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12(1), p. 119-129.
- Brito, L. (2002). *A saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto
- Carvalho, A. et al (2008). Mulheres e cuidado: Bases psicológicas ou arbitrariedade cultural? *Paidéia*, 18(41), p. 431-444.
- Direção Geral de Saúde DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde, Lisboa
- Direção-Geral da Saúde (2014). Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. Lisboa, DGS.
- Fernandes, M., Pereira, M., Ferreira, M., Machado, R. e Martins, T. (2002). Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de doentes com AVC. *Sinais Vitais*, 43: 31-35.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Gomes, I. (2013) Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio In: Lopes, M. (2013). *O cuidado de enfermagem á pessoa idosa*. Lusodidacta.
- Loureiro, N. (2009). A Sobrecarga Física, Emocional e Social dos Cuidadores Informais de Idosos com Demência. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005) *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ramos, C. (2012). Necessidades e Dificuldades de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Beira Interior. *Dissertação de Mestrado em Gerontologia*. Universidade da Beira Interior. Coimbra.
- Saraiva, S. (2008) O Cuidado Informal ao Idoso Dependente: Impacto no Cuidador Primário e Secundário. *Dissertação de Mestrado em Gerontologia*. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Sarmiento, E. et al (2010) *Cuidar do Idoso, dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.
- Sousa, L. et al (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi

## 2. CUIDAR NA COMUNIDADE: UMA REALIDADE COMPLEXA

### **Situação 1:**

A D<sup>a</sup> C. é uma senhora dependente em todas as AVD's, acamada, com úlceras de pressão na região sacrococcígea. É cuidada pelo filho. Numa visita domiciliária, encontramos a D<sup>a</sup> C. com mau estado geral, em anasarca, algaliada, com urina muito concentrada e com baixo débito. Apresentava estertores e queixosa à mobilização. Dirigia o olhar, mas não respondia a ordens simples. O quarto estava pouco organizado, a roupa da cama encontrava-se suja e a cama articulada encostada à parede. O ar estava saturado, pelo que o enfermeiro, assim que entrou optou por abrir a janela ligeiramente. O filho encontrava-se visivelmente nervoso, referia que a D<sup>a</sup> C. tinha recusado alimentar-se e ingerir água desde o dia anterior. Questionou ao enfermeiro se a devia levar ao serviço de urgência.

### **Situação2:**

O Sr. J. é um senhor dependente nas AVD's. Numa visita domiciliária, o enfermeiro depara-se com um agravamento do seu estado geral: ferida trocantérica com saída de conteúdo purulento espesso em grande quantidade, baixo débito urinário, tosse com muita expetoração e a filha tinha muita dificuldade em dar-lhe a alimentação porque se engasgava facilmente (pela tosse e expetoração). O enfermeiro procedeu à sua higiene oral e, na ausência de um aspirador de secreções, utilizou uma sonda adaptada a uma seringa vesical, aspirando-lhe as secreções. A infeção da ferida justificava a administração de antibiótico, pelo que enfermeiro se comprometeu a contactar com o médico da UCSP de referência, para transmitir a informação.

A prática de cuidados de enfermagem na comunidade, tem o desígnio fundamental de promover e restabelecer a saúde e prevenir as doenças e suas incapacidades, garantindo a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, a uma determinada população. Ao enfermeiro que presta cuidados na comunidade são-lhe colocados diariamente desafios e exigidas decisões clínicas, sem uma equipa multidisciplinar de retaguarda nesse momento. Isto contrasta com o cuidar em meio hospitalar que conheço há 8 anos e onde as dúvidas e dificuldades são

superadas numa equipa presente 24 horas por dia, podendo ser contactada e chegar de imediato. Refiro-me por exemplo à articulação com o médico, que está à distância de um telefonema e uma administração de terapêutica à distância de uma punção venosa. Durante a visita domiciliária surgiu a necessidade de uma avaliação médica. Contudo a ECCI não dispõe deste profissional. Os enfermeiros da ECCI podem, no entanto contactar com o médico existente na UCSP da área de residência, e solicitar essa avaliação. Durante este processo perde-se algo valioso: *tempo*. Tempo de uma intervenção precoce: prescrição, compra do antibiótico pela filha, início da toma e início de atuação do antibiótico. Tal suscitou-me a reflexão acerca das dificuldades de cuidar na comunidade, muitas vezes sem recursos adequados. Por um lado uma prática solitária mas por outro, um contexto onde as verdadeiras capacidades de adaptação, flexibilidade e criatividade são postas à prova. Foi o caso do “aspirador artesanal” criado pelos enfermeiros, na falta desse equipamento no momento. Isto prova a verdadeira procura pelo bem-estar e qualidade de vida do utente, uma vez que se unem esforços e se buscam ‘artimanhas’ em prole do conforto do utente. Sinto que da magia destes cuidados, surge a autêntica preocupação de cuidar.

Em contexto hospitalar é impensável não haver material básico, assim como o é, a inexistência de equipamentos, como um aspirador! Muitas vezes assiste-se à indignação dos profissionais quando presenciam a falta de algum material, como se assim fosse ‘*quase impossível trabalhar*’! No domicílio surgem habilidades práticas quase impensáveis por enfermeiros que prestam cuidados a uma pessoa em situação crítica. Fazem-se almofadas de colchas e cobertores, fazem-se cabides de suportes de algália e os roupeiros servem para pendurar os soros... O enfermeiro não exerce os cuidados num ambiente controlado, que lhe confere poder. Em vez disso, entra em casa da pessoa, tendo de se adaptar a esse ambiente para prestar os cuidados. Isto implica muitas vezes realizar tratamentos a feridas no sofá, curvados, sentados em bancos de improvisado ou posicionando pessoas com camas encostadas à parede. No fundo o enfermeiro adapta-se ao doente e não o contrário. Afinal, isso é o cuidado centralizado.

O contexto laboral com que os enfermeiros se deparam no domicílio, muitas vezes vai contra àquilo que a evidência nos transmite. Sabemos que os

posicionamentos são uma mais-valia e que devem ser aproveitados em prole da mobilização das secreções. Aqui surge o papel de negociação do enfermeiro da comunidade com a família/cuidador. O enfermeiro entra na casa das pessoas, onde quem tem o poder sobre a mesma, é a família. Este tem de desenvolver um conjunto de habilidade que lhe permitirão negociar aquilo que é melhor para o utente, num ambiente onde o poder é conferido à família, não permitindo ao enfermeiro '*impor*' decisões (Gomes, 2007).

O enfermeiro da comunidade reforça a vanguarda da prestação de cuidados primários, sendo o primeiro nível de contacto do SNS com as pessoas, famílias e comunidades. É consensualmente aceite que a atitude curativa dos hospitais não satisfaz as necessidades da população. Neste sentido, os cuidados de saúde primários surgem como um elo extremamente importante na prevenção e combate a doenças, quer pela educação para a saúde, consultas de vigilância ou na atuação e erradicação de doenças (vacinação).

Existe porém, a persistência de uma filosofia que tende a valorizar os atos puramente técnicos e práticos da profissão, levando muita vezes a ideias erradas de desvalorização dos cuidados prestados na comunidade. Trabalhando num bloco operativo, deparo-me muitas vezes com essa realidade, onde se enaltecem os cuidados ao doente crítico, sendo a prevenção e a continuidade de cuidados por vezes menosprezados. Antes do local em que trabalhamos somos todos Enfermeiros! O nosso objetivo e filosofia de cuidados é o mesmo e prestamos os nossos serviços onde quer que a pessoa se encontre (hospital, domicílio, centro de saúde, prisões, local de trabalho, clínicas de saúde, etc.), porque **é ela o foco** da nossa atenção.

Contactar de perto com a Enfermagem da comunidade faz-me compreender e aprender o que é conhecer verdadeiramente o doente que cuidamos. O nome? A patologia que o médico atribuiu? As alergias? Isso não é conhecer a pessoa! Conhecer a pessoa é saber o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2013). O que foi outrora, o que se está a passar com ela neste momento e o que perspectiva para o seu futuro.

Os cuidados de enfermagem na comunidade rompem com o paradigma biomédico, estando despertos para muito mais que o tratamento de uma doença aguda. Eles garantem a continuidade de cuidados, sendo um suporte à família que se depara com uma situação de doença/dependência do familiar. Após os cuidados de saúde diferenciados, são os enfermeiros da comunidade que explicam coisas tão simples e tão cruciais como posicionar, prestar cuidados de higiene ou transferir uma pessoa. São os enfermeiros da comunidade que ajudam as famílias com as suas dificuldades no domicílio. É impensável para nós enfermeiros, que alguém recorra a um serviço de urgência com a dúvida sobre como colar um saco de ostomia. Contudo, os enfermeiros da ECCL, através de um simples telefonema deslocam-se a casa dos utentes resolvendo estes e tantos outros problemas!

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Gomes, I. et al (2007). *Parceria e Cuidados de Enfermagem Uma questão de cidadania*. Formasau. Ciombra.
- Gomes, I. (2013) Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio In: Lopes, M. (2013). *O cuidado de enfermagem á pessoa idosa*. Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à análise de Casos*. Lisboa
- Stanhope, M.& Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Loures: Lusociência.



### 3. SOLIDÃO NA TERCEIRA IDADE: UMA PREOCUPAÇÃO DE ENFERMAGEM

#### **Situação 1:**

Numa visita domiciliária à D<sup>a</sup> M., o enfermeiro realizou-lhe o tratamento a uma ferida de perna. Com satisfação, o enfermeiro informa a senhora que a ferida está cicatrizada, tendo-lhe apenas aplicado creme hidratante. Sendo assim, não se justificaria a visita semanal. Contudo, agendou nova visita daí a duas semanas, no sentido de confirmar a evolução favorável, para depois lhe ser dada alta. A D<sup>a</sup> M. receosa pergunta: *“mas senhor enfermeiro, e se fica pior? Da outra vez também passaram duas semanas e ficou pior!”*. Após conversa com a senhora, esta desabafou que passava muito tempo sozinha e que as visitas que tinha, eram dos enfermeiros, da fisioterapeuta e das senhoras do apoio domiciliário, que semanalmente a assistem nos cuidados de higiene. Confessou *“são muitas horas sozinha, e o fim-de-semana é o que custa mais, porque não vejo ninguém. Depois da missa ainda é pior!”*

#### **Situação 2:**

A D<sup>a</sup> F. vive sozinha e tem o apoio do filho que a visita esporadicamente. Com a evolução da situação de doença (neoplasia), a D<sup>a</sup> F. necessita de um apoio mais presente, pelo que após a sugestão e tentativa de alguns recursos da comunidade, foi decidido em equipa multidisciplinar que se deveria propor a integração em Unidade de Cuidados Paliativos. Numa visita domiciliária a enfermeira sugere e promove a reflexão acerca da possibilidade da senhora integrar essa unidade. A D<sup>a</sup> F. visivelmente triste e com os olhos alagados em lágrimas responde: *“Quero! O que é que eu estou aqui a fazer sozinha, sem ninguém para falar ou sair? A olhar para as paredes? Ponho-me a pensar em coisas e só me apetece chorar (...) já não ando cá a fazer nada...”*.

A melhoria das condições de saúde, relacionada com o progresso da ciência, teve um impacto direto no aumento do envelhecimento populacional. Este facto levanta um conjunto de problemas e desafios à sociedade, nomeadamente a adaptação a esta nova conceptualização demográfica: envelhecimento populacional,

comorbilidades, jovens que migram à procura de emprego, deixando certas regiões envelhecidas.

Quer em contexto hospitalar, quer na comunidade é possível, não raras vezes, assistir-se ao desânimo das pessoas idosas, que exprimem sentimentos negativos em relação ao seu processo de envelhecimento, formalizando muitas vezes desabafos como os da D<sup>a</sup> F.: “*já não ando cá a fazer nada*”. Tal remete-me de imediato para a questão: porque os idosos assumem esta postura negativista, expressando estes sentimentos? Porque se autointitulam de ‘trapos velhos’, que já ‘não andam cá a fazer nada’? Esta questão pode ser respondida à luz da definição de velhice que Minayo & Coimbra (2002) referem ser “*uma categoria social e culturalmente construída*” (p.14). Neste sentido, uma visão estereotipada e gerontofóbica da sociedade faz emergir na Pessoa Idosa, sentimentos negativos na construção da sua autoimagem. A sociedade tende a atribuir conotações negativas e a tecer estereótipos em relação ao idoso. Um deles é o facto de considerarem a Pessoa Idosa como indivíduos sem papéis sociais, incapazes de exercer a sua cidadania. Surgem, então os rótulos de ‘velho’ que transmitem os preconceitos e mitos que edificam a visão do idoso como um ser assexuado, podre, senil, inativo, fraco, vulnerável e inútil. Esta ideologia culmina no descarte da Pessoa Idosa, encarando essa fase de vida como sinónimo de decadência e ausência de papéis, uma vez que “*nada têm para oferecer*” (Minayo & Coimbra, 2002, p.16).

Esta problemática pode contribuir para o aparecimento de doenças como a depressão e à inadaptação dos indivíduos à nova realidade, levando ao isolamento e **solidão** da Pessoa Idosa. A solidão é caracterizada pela experiência subjetiva e dolorosa em caso de falha das relações sociais adequadas (Neto, 2000). Note-se que esta pode não estar associada ao isolamento objetivo, uma vez que a sua subjetividade permite proferir que uma pessoa pode estar rodeada de alguém e ao mesmo tempo experienciar sentimentos de solidão.

A solidão da D<sup>a</sup> M., da D<sup>a</sup> F. e de muitos demais idosos, está muitas vezes ligada a alterações de trabalho e familiares. Vivem sozinhos, sem apoio frequente dos familiares e sem relações sociais. Foram perdendo os seus amigos, familiares e companheiros ao longo do tempo, o que também as confina a um espaço (domicílio), pois referem “*não ter com quem sair*” (D<sup>a</sup> F.). Esta é, segundo a

literatura, a realidade cada vez mais frequente, uma vez que “o número de pessoas que vivem sozinhas, sem família ou companheiro(a) é cada vez maior nas grandes cidades da Europa” (Fernandes, 2007, p. 49). Este facto deve ser contrariado, com políticas mais assertivas que contribuam para um envelhecimento ativo e socialmente saudável, pois nenhum ser humano se sente bem vivendo na solidão (Ussel, 2001; DGS, 2004). O facto da D<sup>a</sup> M. referir preocupação em relação à piora da ferida, fez-me a refletir se na realidade isso não seria uma tentativa de manter mais um contacto. A ferida estava francamente melhor e não se justificavam visitas domiciliárias frequentes apenas para aplicar creme hidratante. Em conversa com a D<sup>a</sup> M., percebeu-se que a solidão lhe causava sentimentos muito negativos e mais uma visita, nem que fosse semanalmente durante alguns minutos, eram pelo menos uns minutos em que estava acompanhada e falava com alguém. Estas visitas levam-me à reflexão acerca do modo como os nossos idosos vivem e envelhecem: **sozinhos, confinados a um espaço, sem falar com ninguém.**

A solidão das pessoas idosas pode ser explicada através da teoria de desinserção (Cumming & Henry, 1961), uma teoria psicossocial do envelhecimento que demonstra que o mesmo é acompanhado pela desinserção recíproca do indivíduo em relação à sociedade e vice-versa. Esta teoria defende que o indivíduo se retira gradualmente da sociedade, quer pela saída do mercado laboral, quer pela perda sucessivamente de relações interpessoais. Este afastamento do meio físico e social é visto para a pessoa como uma etapa de vida normal. A solidão surge assim num *continuum* de perdas, quer de saúde, que podem levar a um isolamento social (limitações físicas fizeram com que a D<sup>a</sup> F. deixasse de conseguir sair à rua), quer de relacionamentos, que podem estar associados à perda de amigos e familiares, ou aos movimentos migratórios dos mesmos (Mcnnis & White, 2001; Fernandes, 2007). O grupo de amigos é, por isso relevante nesta fase de vida, uma vez que os filhos já saíram de casa, regressando apenas esporadicamente e muitas vezes já não têm o cônjuge para partilhar as vivências diárias. Neste sentido os vizinhos e os amigos surgem como um suporte, tornando o convívio e os desabafos numa forma de partilhar as experiências e as dificuldades.

A solidão diminui a qualidade de vida da Pessoa Idosa, assim como pode comprometer o desenvolvimento de doenças, como a depressão. A depressão na

Pessoa Idosa, pode ser difícil de diagnosticar, uma vez que os sintomas relatados são muitas vezes associados ao processo de envelhecimento. Neste sentido, o enfermeiro que cuida da Pessoa Idosa deve desenvolver competências que lhe permitam identificar precocemente esses sintomas e atribuí-los a uma patologia, evitando que a pessoa fique sem tratamento, comprometendo a sua qualidade de vida. Estabelecer intervenções de enfermagem que minimizem e previnam estes sinais é igualmente relevante. O enfermeiro deve desenvolver um plano de cuidados com o objetivo de proporcionar à pessoa as melhores condições para que a natureza possa agir sobre ele (Nightingale, 1959). Neste âmbito apresenta-se, no quadro 1, alguns exemplos das intervenções de Enfermagem para a D<sup>a</sup> M., relacionadas com este diagnóstico.

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Exemplos de Intervenção de Enfermagem</b>	<b>Justificação</b>
Risco de solidão RC isolamento social EMP perda de atividades sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informar sobre as redes locais de apoio (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa dispõe de apoio domiciliário; o Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe e Centro Social e Cultural Santa Beatriz dispõem de centro de dia e apoio domiciliário;</li> <li>- informar sobre apoio social e económico;</li> <li>- estimular a conversa com vizinhas;</li> <li>- estimular a participação na festa de Natal para a qual a D<sup>a</sup> M. é convidada pela sobrinha, todos os anos;</li> <li>- incentivar a participação em atividades que proporcionem bem-estar, como o acompanhamento da missa aos domingos;</li> <li>- incentivar os passeios até à rua, com apoio de terceiros (por exemplo com profissionais do apoio domiciliário que podem fazer este tipo de atividade ou com filhos quando a vêm visitar)</li> </ul>	Promover a socialização, através do (re)estabelecimento de laços afetivos, de modo a diminuir o risco de isolamento. Ao mesmo tempo promove-se a manutenção da autonomia e das capacidades existentes.

**Quadro 1 – Diagnóstico de Enfermagem e exemplos de Intervenção para a D<sup>a</sup> M.**

No quadro 2, são apresentadas as intervenções de Enfermagem para dois diagnósticos formulados para a D<sup>a</sup> F., neste contexto temático.

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Exemplos de Intervenção de Enfermagem</b>	<b>Justificação</b>
Risco de solidão RC isolamento social por agravamento da doença EMP permanência no domicílio (não sai)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informar sobre as redes de suporte, como o caso da Unidade de Cuidados Paliativos;</li> <li>- incentivar atividades que proporcionam bem-estar, como a oração (a D<sup>a</sup> F. insistiu em mostrar um terço referindo que é o seu apoio), ou ouvir fado que gosta bastante (aconselhando rádios que transmitem só este género musical);</li> <li>- promover o envolvimento do filho em atividades que possam fazer juntos (ir ao café, ver fotografias, etc.);</li> <li>- incentivar o contacto telefónico com amigos e vizinhos.</li> </ul>	Promover a socialização e contribuir para a adaptação à situação de doença crónica.
Tristeza RC situação de doença crónica EMP labilidade emocional, choro e expressão facial abatida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- avaliar o que a senhora sabe sobre o seu estado de saúde e esclarecer dúvidas;</li> <li>- mostrar empatia, de modo a promover a verbalização de preocupações e tristezas;</li> <li>- disponibilizar tempo e espaço para expressar sentimentos;</li> <li>- encorajar a expressão de sentimentos;</li> <li>- facilitar o acesso ao apoio de psicólogo.</li> </ul>	Promover um suporte emocional

**Quadro 2 – Diagnósticos de Enfermagem e exemplos de Intervenção para a D<sup>a</sup> F.**

Para estabelecer um plano de intervenção adequado, realista e individualizado, o enfermeiro necessita “conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa no sentido de ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida e a realização de Si” (Gomes, 2013, p. 79) Estas atividades visam motivar a pessoa, mantendo a esperança, mostrando que ela ainda é capaz de realizar projetos, evitando a apatia e o desinteresse. Ao mesmo tempo, desenvolvemos o

*empowerment* da pessoa, quando promovemos o controlo sobre a sua própria vida, diminuindo sentimentos depressivos e aumentando a sua autoestima. Neste sentido, existem sempre decisões que podem facilmente tomar, como a escolha da sua roupa, após a assistência nos cuidados de higiene (D<sup>a</sup> M.) ou as atividades que quer desenvolver na Unidade de Cuidados Paliativos (D<sup>a</sup> F.). A criatividade na intervenção de enfermagem tem de ir ao encontro dos gostos e crenças da pessoa, de modo a serem gratificantes. Neste sentido, ouvir fado é uma atividade que a D<sup>a</sup> F. gosta, lhe proporciona bem-estar e recordações positivas. A implicação da família e pessoas próximas pode combater o isolamento social, pelo que a enfermeira deve sugerir a sua manutenção. A enfermeira afirmou inclusivamente que na Unidade de Cuidados Paliativos, a D<sup>a</sup> F. teria a oportunidade de “conhecer e fazer novas amizades” (SIC). No que respeita à D<sup>a</sup> M., a sugestão de conversar com as vizinhas permite alargar a sua rede de suporte e diminuir o isolamento social. De igual modo o enfermeiro que presta cuidados na comunidade tem de conhecer e gerir os recursos aí existentes, de modo a garantir o direito da pessoa ao seu acesso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books, Inc.
- Direção Geral de Saúde DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde, Lisboa
- Fernandes, H. (2007). Solidão em Idosos do meio rural no concelho de Bragança. *Dissertação de Mestrado*. Universidade do Porto.
- Gomes, I. (2013) Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio In: Lopes, M. (2013). O cuidado de enfermagem á Pessoa Idosa. Lusociência, Loures, p. 77-113.
- Paúl, M. C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Psicologia, saúde e prestação de cuidados. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mcnnis, G. J., & White, J. H. (2001). A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, XV(3), 128-139.

Minayo, M. C. & Coimbra, C. (2002). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

Neto, F. (2000). *Psicología social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.

Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. London. Harrison

Ussel, J. I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.

#### 4. SINAIS E INDICADORES DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

##### DESCRIÇÃO DE SITUAÇÃO:

A D<sup>a</sup> I. é uma senhora ao cuidado da ECCL, neste momento a realizar fisioterapia por status pós fratura de perna, e com acompanhamento de enfermagem para avaliação e controlo da tensão arterial. A D<sup>a</sup> I. vive com o filho, na casa dele, contra sua vontade, uma vez que a D<sup>a</sup> I. refere que *“preferia viver em minha casa”*. O filho recebe a reforma da mãe, ficando com a mesma, sendo que a D<sup>a</sup> I. não sabe *“ao certo quanto ganha de reforma”*. Certo dia, o filho contactou a ECCL pois a D<sup>a</sup> Irene havia caído no domicílio, quando tentava estender a roupa. O enfermeiro fez o penso de um esfacelo superficial, ao mesmo tempo que falava com a D<sup>a</sup> I., perguntando-lhe se estava tudo bem entre ela e o filho. Esta estava sempre a olhar para a porta e falava num tom baixo dizendo: *“ele está muito nervoso com as coisas das obras”*, ao mesmo tempo que fazia sinal para não se falar pois ele poderia aparecer. Quando o filho se aproximou, a D<sup>a</sup> I. aumentou o tom de voz dizendo *“está tudo bem, graças a Deus, senhor enfermeiro!”*. O filho entra exclamando com ar impaciente e de forma agressiva: *“mas para que é que ela foi fazer isso? Agora caiu, agora está melhor...”*.

O diagnóstico de violência doméstica deve ser cautelosamente efetuado, uma vez que a presença de fatores de risco e alguns indicadores são permite por si só tecer esse julgamento. Ao mesmo tempo, a ausência de fatores de risco também não descansa o profissional da possibilidade de violência.

A violência doméstica deve ser encarada como um problema multidimensional, que está envolto de grande complexidade. As estatísticas demonstram que os casos conhecidos, parecem ser apenas a ponta de um grande iceberg, deixando escondidas ainda muitas situações de violência (APAV, 2014).

Segundo a literatura, existem indicadores de violência no idoso que o enfermeiro deve estar atento e capacitado para reconhecer. Nesta situação, podem ser identificados indicadores psicológicos e comportamentais. A D<sup>a</sup> I. vive em casa



do filho contra a sua vontade<sup>62</sup> e não sabe quanto ganha de reforma, pois existe a sua apropriação por parte do filho. O comportamento da D<sup>a</sup> I. transmite medo, ansiedade e receio que o filho oiça a sua conversa com o enfermeiro, não respondendo abertamente às questões do profissional. Existe portanto, uma mudança de comportamento quando o filho entra ou sai do espaço conjunto, sendo que a D<sup>a</sup> I. lhe mostra demasiado respeito e parece ter-lhe medo (Guimarães & Cunha, 2004; Minayo, 2005; Costa et al, 2009). No cuidador, podem ser sinais de alerta: o elevado nível de stress, o comportamento agressivo, mostrando-se controlador e fazendo questão de não sair do espaço onde se prestam os cuidados.

A interpretação e intervenção em situações suspeitas de violência devem ser realizadas à luz da análise de diversos determinantes e através da consideração da complexa interação de distintos fatores multidimensionais. O enfermeiro deve estar qualificado para detetar fatores de risco e indicadores, atuando em conformidade. Torna-se importante conhecer a dinâmica familiar. Isto é possível através do estabelecimento de uma relação de confiança que possibilita ao enfermeiro a entrada no ambiente emocional da pessoa, sendo mais favorável a expressão de emoções e posterior confirmação de situações abusivas (Gomes, 2013). O enfermeiro deve procurar saber: como foi esta relação anteriormente? Era conflituosa? Se sim, por que motivos? Deve ser auscultada a existência de outros fatores de risco como o consumo e abuso de substâncias por parte do filho, a sua situação profissional (desempregado?), as carências económicas e a dependência financeira face à mãe (a reforma da mãe é o sustento familiar?), a compreensão e análise do seu comportamento agressivo (é a personalidade dele? Direciona a agressividade exclusivamente para a mãe? Para o enfermeiro o filho foi extremamente educado e correto). A compreensão da relação da tríade familiar, permite perceber se existiram antecedentes de comportamentos agressivos e de vitimização. A par disto tudo, deve compreender-se a possível inexperiência em cuidar. Cuidar de uma Pessoa Idosa envolve as suas especificidades e consequentes dificuldades e nem todas as pessoas têm uma capacidade natural para o fazer. Neste sentido surge a importante intervenção de Enfermagem na capacitação do cuidador e na mediação de situações potencialmente abusivas por parte do filho, ainda que inconscientemente. Capacitar o cuidador para o seu papel

---

<sup>62</sup> Claro que nesta afirmação deve ser refletido o facto da D<sup>a</sup> I. ter, ou não capacidade de viver sozinha.

permite ao enfermeiro prevenir a existência de violência e/ou evitar que essas situações surjam. Qualquer situação violenta (quer seja física, psicológica, etc.) provoca alteração no bem-estar físico e psicológico da pessoa, assim como pode ser um risco à sua saúde. É neste sentido que a intervenção do enfermeiro peleja este tipo de conjunturas, contribuindo para a qualidade de vida da pessoa.

Contudo, assumir a vivência de uma situação de violência, pode representar a exposição a eventos íntimos e dolorosos, que pode deixar a D<sup>a</sup> I. ainda mais fragilizada. A D<sup>a</sup> I. pode debater-se com sentimentos de vergonha em admitir que o filho que cuidou, agora a trata de uma forma que não esperava outrora. Estão presentes laços familiares que são muito próximos e podem dificultar a transparência da situação. A par disso pode existir o medo da institucionalização. Nesta situação, o enfermeiro deve fazer recurso a estratégias de comunicação, que contribuam para a rutura do silêncio. São exemplos o uso de uma comunicação empática e a escuta ativa, com uso de questões abertas como: “*como se sente?*”, ou “*quer falar-me do que a preocupa, D.<sup>a</sup> I.?*”. Todavia, deve haver cuidado em não se fazerem demasiadas questões, pois pode inibir a vítima. Devem igualmente ser evitadas as questões fechadas que só levam a respostas do tipo ‘sim’ e ‘não’ (DGS, 2014). Deve fazer-se recurso ao encorajamento da expressão de emoções e sentimentos: “*é natural que se sinta desse modo*” Deve dar-se informação acerca dos direitos e recursos disponíveis. A sugestão de integração num centro de dia, pode ser muito vantajosa, uma vez que retira a carga de cuidar ao filho por algumas horas, e ao mesmo tempo promove a autonomia e torna a D<sup>a</sup> I. mais ativa.

O enfermeiro deve ter uma atitude acrítica e sem julgamentos (Camargo et al, 2001), de constante apoio e suporte, pois isso pode ser facilitador do processo de aceitação de ajuda, uma vez que a vítima percebe que não está sozinha e que dispõe de uma equipa para a ajudar. Deve demonstrar uma atitude compreensiva e ter respeito pelo tempo, ritmo e deliberações da vítima, não acelerando o processo ou influenciando as suas decisões.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2014). *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2013*. APAV. Disponível em [http://apav.pt/apav\\_v2/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Relatorio\\_Anual\\_2013.pdf](http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2013.pdf).
- Camargo, M. et al. (2001). *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Costa, I. et al (2009) – *Maus tratos nos idosos: abordagem nos cuidados de saúde primários*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 537-542. Disponível em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10667&path%5B%5D=10403>
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal - Abordagem, diagnóstico e Intervenção nos serviços de saúde*. Direção-Geral de Saúde. Portugal.
- Guimarães, R. & Cunha, U. (2004). *Sinais e sintomas em geriatria*. 2ªed. São Paulo: Atheneu.
- Minayo, M. (2005). *Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Secretaria espacial dos direitos humanos. Presidência da República, Brasília.

## 5. VIOLÊNCIA FINANCEIRA CONTRA A PESSOA IDOSA: QUE INTERVENÇÃO?

### DESCRIÇÃO DE SITUAÇÃO:

A D<sup>a</sup> L. é uma senhora de 74 anos, tem dois filhos e vive sozinha. Tem DPOC, DM, insuficiência venosa periférica e hipertensão arterial. Faz Oxigénio a ½ litro à noite e a 2L/min durante o dia. Dorme sentada na sala, num cadeirão articulado que lhe custou 600 euros. Refere que o seu estado de saúde piorou, sendo que antes conseguia realizar autonomamente as AVD's e AIVD's e agora para se deslocar da sala até à porta da rua, demora muito tempo e fica muito cansada. Segundo ela, uma vizinha dá-lhe apoio no que respeita aos cuidados de higiene, preparação de refeições e limpeza da casa. Contudo a D<sup>a</sup> L. refere *“que ela já vem para aqui cansada e não faz nada. No outro dia dei-lhe só 100 euros porque ela não me fez nada no mês passado, e ela ainda queria mais! Já vem à uma da tarde e nem me dá banho”*. A D<sup>a</sup> L. tem dois filhos mas refere que agora pouco os vê. Quando questionada pelos enfermeiros sobre a receita de medicação, refere *“ela [vizinha] mexe em tudo, já não é a primeira coisa que desaparece... Até as compras que me faz... Compra carne da melhor, e coze-a toda, sabendo que é só para mim. Depois diz que como eu não a como toda, leva para a casa dela... Tem feito sempre assim”* (SIC).

Nesta descrição de situação podemos identificar alguns indicadores de exploração financeira. Segundo a DGS (2014), esta pode ser “tando da autoria de familiares, cuidadores, pessoas próximas da vítima ou de estranhos, envolve a utilização não autorizada, ou mediante coação de fundos ou propriedades da vítima” (p. 77). Numa situação tão peculiar como é a exploração financeira, surge a questão: tal diz respeito ao enfermeiro? Deve o enfermeiro intervir neste domínio? Infelizmente nota-se ainda a apropriação do tema da violência por parte do Setor da Segurança Pública. Isso é bastante visível por um lado, porque quando se pensa em violência doméstica, o pensamento comum de leigos nesta matéria, é direcioná-la para a polícia, nem pensando que o Setor da Saúde tem a sua palavra nessa

matéria. Por outro, a desapropriação de muitos profissionais para esta temática pode contribuir para este tipo de pensamento.

Partindo deste pressuposto e dando como exemplo o caso da D<sup>a</sup> L., percebemos que a exploração financeira (por exemplo a compra e preparação de comida desnecessária) tem impacto direto ao nível da saúde, bem-estar e qualidade de vida da D<sup>a</sup> L.. Esta é reformada, sendo a sua pensão baixa e em grande parte usada para comprar os medicamentos. Com o restante, tem de fazer face às despesas da casa e alimentares. Partindo da premissa que a cuidadora usufrui do dinheiro da D<sup>a</sup> L. para seu próprio benefício, é claro que isto, para além de uma afronta aos direitos da D<sup>a</sup> L., influencia a sua vida. O dinheiro que gasta nas refeições levadas pela vizinha pode ser usado no seu bem-estar. É, portanto um problema da responsabilidade do Enfermeiro, e não deve ser considerado por ele, um caso social ou de polícia, onde o seu único dever é a articulação interdisciplinar. A essência de Enfermagem é o **cuidar a pessoa**, satisfazendo as suas necessidades em todas as dimensões (Watson, 2004).

Assim, a ECCI contribui para a deteção destas situações, pela proximidade que tem com as vítimas e pela sua intervenção integrada (DGS, 2014). Nesta situação, optou-se inicialmente pela tentativa de resolver o caso, negociando uma estratégia conjunta com a D<sup>a</sup> L.. Tendo em conta as suas necessidades e limitações, a opção foi sugerir apoio domiciliário. Assim, substituiu-se a cuidadora, por profissionais do centro de apoio domiciliário e rompeu-se com a coadunação de condutas abusivas. Esta intervenção permitiu resolver o caso de acusação e demora num eventual processo judicial. Além do mais, evitaram-se os conhecidos obstáculos à denúncia, por parte da Pessoa Idosa, que pode experienciar sentimentos de medo e não formalizar a queixa, arrastando o processo de exploração. Assim, agiu-se em prole do benefício da D<sup>a</sup> L., uma vez que se contornou a situação de acusação, das quais poderia até sofrer represálias, ao mesmo tempo que se mantiveram os cuidados que necessitava.

É crucial que os todos os Enfermeiros estejam cada vez mais sensibilizados para este assunto, tomando-o um problema da Enfermagem. Contudo, deve-se perceber que a intervenção em caso de violência não á suscetível de ser resolvida por uma única disciplina. Qualquer intervenção deve envolver uma

interdisciplinaridade que promove a partilha de conhecimentos através de uma abordagem partilhada, dilacerando a intervenção isolada de cada equipa e reconhecendo a necessidade de parceria na intervenção nestes casos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal - Abordagem, diagnóstico e Intervenção nos serviços de saúde*. Direção-Geral de Saúde. Portugal.

Watson J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis; 2004.

## **6. PROMOÇÃO DE UM ENVELHECIMENTO ATIVO COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA**

Não há futuro sem os nossos idosos, se eles não nos legam atualmente o saber, legam-nos seguramente o afeto e nós projetamo-nos em cada ruga deles, como que ao espelho, somos nós próprios e é toda a nossa cultura que olhamos

(Paúl, 1997)

O processo de senescência é encarado por muitos como uma etapa de vida temida. Muitas vezes, isso deve-se às crenças sociais, culturalmente aprendidas, que circundam o envelhecimento de preconceitos e mitos. Nesta ótica, o idoso é visto como uma pessoa doente, frágil, infeliz e à espera da morte (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Minayo & Coimbra, 2002). Os idosos tendem a aceitar essa visão negativa da sociedade sobre a velhice, pois eles próprios possivelmente já detiveram essa convicção. Esta visão de pessoas doentes e improdutivas leva a estereótipos que nada contribuem para o envelhecimento saudável e ativo da pessoa, culminando em ambientes e ações inadequadas às necessidades da pessoa nesta fase de vida, como o isolamento e a solidão.

Segundo Martinho (2013), citando Spirduso (2005, p.42), o envelhecimento é considerado “um processo dinâmico e progressivo de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo, ao meio ambiente”. Já Cancela (2008, p.1), acrescenta que “o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial”, corroborando a ideia de subjetividade da senescência. O envelhecimento é experienciado de forma individual, conferindo-lhe uma singularidade que resulta da interação de diversos fatores existentes no projeto de vida e da saúde da pessoa, ao longo dos anos.

Serafim (2007), subdivide o envelhecimento em três fases fundamentais, sendo elas, o envelhecimento primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário é definido como processo gradual e inevitável de deterioração corporal, que se inicia numa determinada fase da vida e que continua com o passar dos anos, onde ocorrem mudanças intrínsecas irreversíveis, progressivas e universais (as rugas, os cabelos brancos, a perda de massa óssea e muscular, do equilíbrio, da força e da velocidade e as perdas cognitivas). Relativamente ao envelhecimento secundário, as mudanças são causadas por doenças inerentes à idade,

apresentando o organismo uma crescente vulnerabilidade com o avançar da idade (doenças cardiovasculares, esclerose múltipla, doença de Alzheimer e depressão, entre outras). O envelhecimento secundário é o resultado de uma vida de hábitos que interferem na saúde da pessoa. Neste sentido a promoção de hábitos de vida saudáveis e de comportamentos promotores de saúde são cruciais para um envelhecimento ativo. Finalmente, o envelhecimento terciário corresponde ao declínio terminal, caracterizando-se por um grande aumento de perdas num espaço relativamente breve, originando a morte.

O envelhecimento ativo e saudável depende do equilíbrio de diversos fatores, nomeadamente das capacidades individuais, mentais e físicas, a par com o declínio biológico natural. O conceito de envelhecimento ativo é definido pela OMS (2005), como o processo pelo qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida, com o objetivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida da Pessoa Idosa. A palavra 'ativo' refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não apenas à capacidade do indivíduo estar fisicamente ativo ou de fazer parte de uma atividade laboral (OMS, 2005).

O enfermeiro, especialmente o que presta cuidados na comunidade apresenta, pela sua proximidade e conhecimento da família, um crucial papel na promoção de comportamentos saudáveis e intervenção em estilos de vida que comprometem a saúde dos indivíduos. A prevenção é a chave de qualquer sucesso na saúde, pelo que envelhecer de forma saudável origina uma maior qualidade de vida e a diminuição de fatores de risco que ameaçam o bem-estar da pessoa. Um exemplo disso é a violência contra a Pessoa Idosa, cujas taxas de incidência têm vindo a aumentar (APAV, 2014). Sabemos que a melhor intervenção nesta área é a prevenção. Neste sentido, a promoção de um envelhecimento ativo é uma excelente estratégia na prevenção de condutas violentas contra a Pessoa Idosa.

São conhecidos os fatores de risco para a ocorrência de violência contra os idosos, sendo a dependência física e financeira, a falta de informação, o isolamento social e as comorbilidades exemplos disso. Neste sentido, o enfermeiro tem ao seu dispor um conjunto de estratégias que combatem estes fatores que colocam em



perigo a qualidade de vida da Pessoa Idosa. O exercício físico, a manutenção de atividades de lazer, a educação para a saúde e sobre os direitos dos idosos e o incentivo da manutenção de relações sociais, são exemplos de intervenções que promovem um envelhecimento ativo e pretendem diminuir o risco de violência.

Assim, o enfermeiro assume um papel preponderante na prevenção da doença e da violência, assim como na promoção de saúde. A aposta em cuidados preventivos torna-se prioritária, visto que está comprovada a sua eficácia na prevenção de fatores de risco para doenças incapacitantes, são exemplos: o desincentivo do uso de tabaco, álcool, o incentivo de uma prática regular de atividade física, de uma alimentação saudável, estimulação de funções cognitivas, promoção de um padrão de sono saudável, eliminação de barreiras arquitetónicas e a prevenção de acidentes domésticos. O enfermeiro tem uma relação privilegiada com os utentes, tendo um papel crucial na promoção da mudança de atitudes e comportamentos, devendo para isso compreender o ambiente em que o utente habita e quais os seus estilos de vida e comportamentos de saúde. Também ao nível dos idosos em situação de maior vulnerabilidade, o enfermeiro deve focar a sua intervenção na recuperação ou manutenção das capacidades existentes, promovendo o seu bem-estar e aproveitando as oportunidades para o desenvolvimento das suas potencialidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2014). *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2013*. APAV. Disponível em [http://apav.pt/apav\\_v2/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Relatorio\\_Anual\\_2013.pdf](http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2013.pdf).
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, M. (1995). *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. Loures: Lusodidata.
- Cancela, D. (2008). O processo de envelhecimento. *Rev. Eletrónica Psicologia*. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Minayo, M. C. & Coimbra, C. (2002). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

**APÊNDICE VII – POSTER SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**“A PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO  
SPICES”**

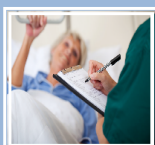
# A Pessoa Idosa no Serviço de Urgência

## Aplicação do Instrumento SPICES

O processo de envelhecimento gera progressivas alterações morfológicas, fisiológicas e psicológicas que, associadas ao surgimento de doenças crónicas podem contribuir para acelerar o declínio funcional.

O SPICES é um acrónimo que identifica seis das Síndromes Geriátricas mais comuns durante a hospitalização da Pessoa Idosa. A identificação precoce de problemas de saúde permite direccionar os cuidados, não só para a doença aguda, mas também para a prevenção de complicações resultantes da institucionalização.

S



### Alterações do sono (Sleep problems)

- **Algumas causas:** stress relacionado com a doença aguda e/ou internamento; efeitos secundários de medicamentos ou ruído
- **Intervenções de Enfermagem:** aplicar escala visual analógica de sono, promover o silêncio nos corredores; limitar intervenções durante a noite (se situação clínica assim o permitir)

P



### Problemas com alimentação (problems with eating and feeding)

- **Algumas causas:** Dor, confusão aguda, comorbilidades, padrões alimentares incorretos ou falta de dentição
- **Intervenções de Enfermagem:** despistar causas, aplicação do Mini Nutritional Assessment, ir de encontro às preferências e necessidades do doente (falta de peças dentárias, alimentação rica em proteínas, etc.)

I



### Incontinência (Incontinence)

- **Algumas causas:** stress, alterações teciduais relacionadas com a senilidade, alterações psicológicas, comorbilidades (exemplo: diabetes mellitus), efeitos secundários de medicamentos
- **Intervenções de Enfermagem:** Incentivar e respeitar a autonomia para este autocuidado, oferecendo a arrastadeira frequentemente e a pedido

C



### Confusão (Confusion)

- **Algumas causas:** alteração de ambiente e horários, desidratação, desnutrição, infeções agudas, medicação (geralmente de início súbito)
- **Intervenções de Enfermagem:** Aplicação da Escala de Confusão (Confusion Assessment Method), despistar e tratar causas; evitar medicação excessiva e contraindicada (exemplo: diazepam), manter contactos sociais e familiares

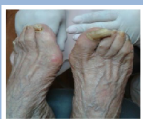
E



### Perigo de quedas (Evidence of falls)

- **Algumas causas:** falta de acuidade visual, diminuição da força muscular e capacidade funcional
- **Intervenções de Enfermagem:** Aplicar Escala de Morse e dispositivo de identificação de risco (pulseira), manter grades elevadas, travar a maca/cadeira de rodas, baixar o plano da cama/maca, instruir acompanhante sobre riscos e procedimentos

S



### Integridade cutânea (Skin breakdown)

- **Algumas causas:** imobilidade, desidratação, desnutrição, incontinência ou confusão
- **Intervenções de Enfermagem:** Aplicar Escala de Braden, incentivar o autocuidado e o levantar precoce, aumentar o número de posicionamentos no leito, reduzir a fricção da roupa da cama e a humidade.

## **APÊNDICE VIII – REFLEXÃO DAS PRÁTICAS SU**

## **1. O CUIDADO INDIVIDUALIZADO À PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Com o envelhecimento demográfico, relacionado com a alteração do padrão epidemiológico, verifica-se um aumento do número de pessoas idosas que recorrem aos serviços de urgência (Aminzadeh & Dalziel, 2002). Neste grupo etário assiste-se ao incremento das doenças crónico-degenerativas, com consequente presença de incapacidades, apresentando problemas médicos e sociais mais complexos (Aminzadeh & Dalziel, 2002; McCraig & Nawar, 2004; Salvi et al, 2007; Azeredo, 2014). Tendo em conta a heterogeneidade do processo de envelhecimento, os serviços de urgência recebem idosos em condições de saúde muito diferentes. Por um lado, existem idosos com maior capacidade funcional e independência, vivendo em contexto familiar ou encontrando-se institucionalizados. Por outro, recebem idosos em situação de maior vulnerabilidade, com comorbilidades associadas e um grande número de incapacidades, logo com maior necessidade de cuidados de saúde (Shanley et al, 2008). Esta situação representa um constante desafio para os enfermeiros que exercem funções nestes complexos contextos, vendo-se muitas vezes confrontados com a necessidade de adaptar o ambiente às necessidades e especificidades da pessoa idosa (Hwang & Morrison, 2007). A par disso, no que respeita a idosos, a sua avaliação e diagnóstico é mais complexa quando comparados com adultos jovens, devido à apresentação atípica dos sintomas, associada às comorbilidades, polifarmácia, dificuldades de comunicação e alterações cognitivas (Wilber et al, 2006; Salvi et al, 2007; Shanley et al, 2008; Rogers, 2009; Parke et al, 2012).

Na Pessoa Idosa, a instalação de uma doença aguda pode ser muito perturbadora, sendo muitas vezes auto percecionada como uma possibilidade de finitude e de levar a novas incapacidades ou ao agravamento de morbilidades pré-existentes (Tavares, 2012). Pelas suas características, a Pessoa Idosa que recorre ao SU, apresenta igualmente um acrescido risco de efeitos adversos (como por exemplo o declínio funcional) ou outras complicações, como por exemplo a suscetibilidade a infeções (McCusker et al, 2001). Com a institucionalização acontece, muitas vezes que a melhoria clínica não é acompanhada da melhoria em termos funcionais e cognitivos, contribuindo para o agravamento da dependência no momento de alta (Azeredo, 2014).

A necessidade de atenção especializada à pessoa idosa é consensualmente aceite (Boltz et al, 2013). Contudo, grande parte dos serviços de saúde parece não estar adaptada à atual realidade demográfica, constituindo por vezes um obstáculo à manutenção da qualidade de vida do idoso (Tavares, 2012). O Modelo de Cuidados de Saúde encontra-se tendencialmente estruturado para responder a episódios agudos de doença, tornando-se inadequado para responder às necessidades e especificidades da população idosa, “gerando internamentos inevitáveis, com desperdício de recursos, (...) aparecimento de dependências e até esgotamento das famílias” (DGS, 2004, p. 10). Esta ideia é corroborada por Azeredo (2014) que expressa a necessidade de se “repensar o serviço de urgência hospitalar (...) para fazer face à afluência de idosos a este serviço e neles minimizar os danos causados pela sua permanência no mesmo” (p. 24).

Segundo Lima et al (2010), existem deficiências no atendimento com qualidade da Pessoa Idosa e seu familiar, devido em grande parte ao número de profissionais insuficiente. Este problema amplifica-se quando se verifica que em muitos casos, esta população entra no SU com úlceras por pressão, desnutrição e elevado grau de dependência, requerendo maior tempo de cuidados de enfermagem. É da responsabilidade do Estado e do Setor da Saúde investirem em políticas que tenham em atenção as necessidades específicas desta população e a avaliação da sua vulnerabilidade (Ayres et al, 2014). Este grupo etário é o que apresenta taxas de internamento hospitalar e permanência mais elevadas, quando comparados com outros grupos, sendo que os cuidados requerem mais recursos financeiros, humanos, físicos e materiais (Amaral et al, 2004).

Modelos de Cuidados voltados para as necessidades das pessoas idosas, têm como princípio fundamental que o cuidado ao idoso deve responder às suas necessidades e especificidades (Parke & Brand, 2004; Sinha et al, 2011). Desta forma, o enfermeiro do SU surge como um parceiro nos cuidados, facilitando a transição da pessoa idosa/família num momento de crise, de modo a prosseguir com o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2013). Os princípios do cuidado centrado no idoso assistido num SU, incluem: o envolvimento familiar<sup>63</sup>; a avaliação interdisciplinar da pessoa idosa; o conhecimento sobre o seu cuidador e condições

---

<sup>63</sup> Com a Lei 33/2009 de 14 de julho, que permite a todo o cidadão admitido no SU, poder estar acompanhado por uma pessoa, contribui para melhorar a adaptação da pessoa idosa neste contexto.

sociais; a identificação precoce de fatores de risco e problemas, com o intuito de prevenir complicações; uma abordagem gerontológica holística que inclua o diagnóstico, o tratamento e a capacitação; a estimulação da equipa de saúde para o atendimento geriátrico e articulação com os cuidados de saúde primários, com vista à redução de readmissões desnecessárias (Parke & Brand, 2004; Tavares, 2012).

Assim, apesar de não existirem **serviços de urgência geriátricos**, a prestação de cuidados diferenciados pode ser adaptada a esta população através da adoção de estratégias de prevenção e minimização de fatores de risco de incapacidade (Sinha et al, 2011; Baumbusch & Shaw, 2011). São estratégias: a adaptação de espaços físicos, a avaliação multidimensional da Pessoa Idosa, a abordagem multidisciplinar e a formação dos profissionais na área geriátrica, que promova o conhecimento sobre as especificidades e necessidades desta população (Inouye et al, 2000; Conroy et al, 2011; Ellis et al, 2011; Barnes et al, 2012; Boltz et al, 2013). Ainda nesta ótica torna-se necessária a reflexão acerca do distanciamento entre as políticas atuais que vigoram e o cuidado humanizado que a Pessoa Idosa tem direito. Um cuidado que a visualize como única, dotada de necessidades multidimensionais e com potencial de desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Ainzadeh F. & Dalziel, W. (2002). *Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions*. *Annals of Emergency Medicine*, 39 (3): 238-47.
- Ayres, J. et al (2014). *Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde*. In: Campos, G. et al (2014). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec.
- Amaral, A. et al (2004). Profile of morbidity and mortality of hospitalized elderly patients. *Cad. Saúde Pública*. Nov-Dez; 20(6), 1617-26
- Azeredo, Z. (2014). O idoso no serviço de urgência hospitalar. *Journal of Aging and Innovation*, 2(4), pags. 20-26.

- Barnes, D. et al (2012). *Acute care for elders units produced shorter hospital stays at lower cost while maintaining patients' functional status*. *Health Affairs*, 31, pags. 1227–1236.
- Baumann, M. & Strout, T. (2007). *Triage of geriatric patients in the emergency department: Validity and survival with the Emergency Severity Index*. *Annals of Emergency Medicine*, 49, pags. 234–240.
- Boltz, M et al (2013). Care of the older adult in the emergency department: nurses views of the pressing issues. *The Gerontologist*, vol 53(3), pags. 441-453.
- Conroy, S. et al (2011). A systematic review of comprehensive geriatric assessment to improve outcomes for frail older people being rapidly discharged from acute hospital: 'Interface geriatrics'. *Age and Ageing*, 40, pags. 436–443.
- Covinsky, K. et al (2011). Hospitalization associated disability. *Journal of the American Medical Association*, 306, pags. 1782–1793.
- Ellis, G. et al (2011). *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Gomes, I. (2013) Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio In: Lopes, M. (2013). O cuidado de enfermagem á pessoa idosa. Lusociência, Loures, p. 77-113.
- Hwang, U. & Morrison, R. (2007). The geriatric emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (11), pags. 1873-1876.
- Inouye, S. et al (2000). The hospital elder life program: A model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, pags. 1697–1706.
- Lima, M. et al (2010). Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(6), 2687-97.
- McCaig, F & Nawar, W. (2006). *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2004 emergency department summary*. *Advance Data*, 172, pags. 1-32.
- Parke, B., & Brand, P. (2004). An Elder-Friendly Hospital: Translating a dream into reality. *Nursing Leadership*, 17, pags. 62–76.



- Salvi, F. et al (2007). The elderly in the emergency department: A critical review of problems and solutions. *Internal Emergency Medicine*, 2, pags. 1–32.
- Shanley, C. et al (2008). Increasing the profile of the care of the older person in the ED: a contemporary nursing challenge. *Intenational Emergency Nursing*, Oxford, v. 16(3), pags. 152-158.
- Tavares, J. (2012). Identificação das pessoas idosas de risco no serviço de urgência: que realidade? *Journal of Aging and Inovation*, 1(4), pags 14-25.
- Wilber, S. et al. (2006). Does functional decline prompt emergency department visits and admission in older patients? *Academy of Emergency Medicine*, 13, pags. 680–682.
- Wilber, S. et al (2006). Geriatric emergency medicine and the 2006 Institute of Medicine reports from the Committee on the Future of Emergency Care in the U.S. health system. *Academy of Emergency Medicine*, 13, pags. 1345–1351.
- Vieira, L. (2013). Estratégias a adotar na prestação de cuidados à pessoa idosa para a promoção da capacidade funcional durante a hospitalização. *Journal of Aging and Inovation*, 2(2), pags. 33-44.

## **2. Avaliação multidimensional da Pessoa Idosa no serviço de urgência**

A avaliação e prestação de cuidados à Pessoa Idosa devem ter uma perspectiva multidimensional, de modo a centrar o foco de atenção, para além da situação de doença aguda, na manutenção do seu estado funcional e cognitivo prévio, prevenindo défices ou agravamento das incapacidades pré-existentes.

A avaliação multidimensional permite prestar cuidados centrados na pessoa, tendo em consideração os Síndromes Geriátricos e conhecendo a verdadeira identidade da mesma. A sinalização de condições que comprometam a saúde da pessoa idosa, permite ao Enfermeiro implementar intervenções preventivas e terapêuticas que melhoram a sua qualidade de vida e bem-estar (Fulmer, 2007). Com este objetivo, a Nurses Improving Care for Health Systems Elders (NICHE), desenvolveu um instrumento que designou SPICES. Esta nomenclatura é um acrónimo que aponta para as seis Síndromes Geriátricas mais vulgarmente afetadas durante a hospitalização. Este instrumento permite obter de forma eficiente as informações necessárias à prevenção de alterações de saúde e consequente declínio funcional (Fulmer, 2007; Vieira, 2013). Dizem respeito a problemas de sono (S- sleep disorders), problemas com a alimentação e alimentar-se (P- problems with eating and feeding), incontinência de esfínteres (I- incontinence), estado confusional (C- confusion), perigo de quedas (E- evidence of fall) e integridade cutânea (S- skin breakdown) (Fulmer, 2007).

Segundo a revisão sistemática de literatura de McCusker & Verdon (2006), a avaliação multidimensional geriátrica contribui significativamente para a redução do declínio funcional e cognitivo. A avaliação geriátrica é um procedimento que inclui a avaliação da cognição, humor, comorbilidades, polimedicação, risco de quedas, estado funcional (atividades de vida diárias e atividades instrumentais de vida diária), estado nutricional, história de doença e condições sociofamiliares. No entanto, a avaliação geriátrica global é um procedimento demorado, devendo ser adaptado ao contexto de urgência, por forma a que se torne exequível (Graf et al, 2010). Os mesmos autores sugerem uma pré-avaliação no momento da triagem que identifique idosos em risco e a esses proceder-se à avaliação multidimensional. Para este reconhecimento será necessário um instrumento pré-validado, a par com a formação dos profissionais na área geronto-geriátrica (Graf et al, 2010).

Quatro revisões sistemáticas de literatura apontam o “Identification of Seniors At Risk” (ISAR), como um instrumento válido de valor preditivo de eventos adversos e problemas de saúde nas pessoas idosas que recorrem ao serviço de urgência (Aminzadeh & Dalziel, 2002; Salvi et al, 2007; Hoogerduijn et al, 2007; Samaras et al, 2010). O ISAR é constituído por seis itens de resposta dicotômica (sim e não), avaliando os seguintes domínios: necessidade de ajuda em casa, aumento da dependência, história de hospitalização recente, problemas visuais, de memória e polimedicação (mais de três medicamentos). O instrumento apresenta um score total de seis pontos, sendo que valores iguais ou superiores a dois sugerem uma situação de risco (Rosted et al, 2014). Segundo Tavares et al (2012), a avaliação de risco deveria ser incluída no processo de triagem, ou num momento próximo, através da existência de protocolos nos serviços de urgência. A utilização de um instrumento com perguntas curtas, diretas e de fácil obtenção parece ser possível de aplicar num serviço de urgência, quer no momento da triagem, quer numa segunda avaliação.

Em contexto de urgência, segundo os autores Wilber et al (2006), o estado cognitivo do doente idoso é muitas vezes ignorado, especialmente no momento de admissão, pela necessidade de rapidez na triagem das situações agudas. Contudo, a não avaliação do estado mental e cognitivo do idoso, pode predispor a perda de oportunidade em promover intervenções que mantenham a saúde mental ou promovam a recuperação funcional da pessoa (Boltz et al, 2013). Muitas vezes os idosos entram em estados confusionais no SU, recorrendo-se a medidas que poderiam e deveriam ser evitadas. O uso de psicofármacos ou a imobilização forçada são exemplos de intervenções a evitar no doente idoso devendo-se, antes estimular a sua autonomia e independência o mais precocemente possível, a par com a avaliação frequente do estado mental e a orientação para a realidade (Wilber et al, 2006). Num serviço de urgência, muitas vezes as pessoas idosas vêm acompanhadas de um cuidador informal, devendo o enfermeiro promover, desde cedo a sua inclusão no projeto de cuidados, de modo a torná-lo um parceiro no cuidar nesse momento de transição (Meleis, 2000; Gomes, 2013). Por outro lado, é preciso considerar que muitas Pessoas Idosas não dispõem de suporte social, cabendo aos enfermeiros um olhar especial sobre esses idosos sem acompanhantes.

Neste processo, o Enfermeiro Especialista deve centrar os seus cuidados no idoso/família, nunca menosprezando as suas capacidades e contribuindo para o sucesso da intervenção de Enfermagem. É exemplo disto, a permanência do cuidador junto de uma pessoa idosa, que melhor o conhece e compreende, sendo um elo importante por exemplo em casos de *delirium*, uma vez que contribuem para aproximar a pessoa à realidade. O próprio ambiente hostil de um serviço de urgência pode ser minimizado com a presença de um familiar que promova confiança, tal como acontece no caso das crianças. Para além disso, o familiar assume muitas vezes o papel de disponibilizar informações sobre o seu familiar, quando este não tem essa capacidade, sendo um elemento importante na manifestação das suas preferências e gostos, fator crucial na prestação de cuidados em parceria (Boltz et al, 2013; Gomes, 2013).

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Ainzadeh F. & Dalziel, W. (2002). *Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions*. *Annals of Emergency Medicine*, 39 (3): 238-47.
- Boltz, M et al (2013). Care of the older adult in the emergency department: nurses views of the pressing issues. *The Gerontologist*, vol 53(3), pags. 441-453.
- Fulmer, T. et al (2004). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *The American Geriatrics Society*. (52) pag. 297-304.
- Gomes, I. (2013) Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio In: Lopes, M. (2013). O cuidado de enfermagem à pessoa idosa. Lusociência, Loures, p. 77-113.
- Graf, C. et al (2010). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (10), pags. 2032-2033.
- Hoogerduijn, G. et al (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), pags. 46-57.

- McCusker, J. & Verdon, J. (2006). Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *Journal of Gerontology Series A, Biology Sciences and Medical Sciences*, 61, pags. 53–62.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. In A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 65-72). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Rosted, E. et al (2014). The Identification of Seniors at Risk screening tool is useful for predicting acute readmissions. *Danish Medical Journal*, 61(5), p. 1-5.
- Salvi, F. et al (2007). The elderly in the emergency department: A critical review of problems and solutions. *Internal Emergency Medicine*, 2, pags. 1–32.
- Tavares, J. (2012). Identificação das pessoas idosas de risco no serviço de urgência: que realidade? *Journal of Aging and Inovation*, 1(4), pags 14-25.
- Wilber, S. et al. (2006). Does functional decline prompt emergency department visits and admission in older patients? *Academy of Emergency Medicine*, 13, pags. 680–682.
- Wilber, S. et al (2006). Geriatric emergency medicine and the 2006 Institute of Medicine reports from the Committee on the Future of Emergency Care in the U.S. health system. *Academy of Emergency Medicine*, 13, pags. 1345–1351.
- Vieira, L. (2013). Estratégias a adotar na prestação de cuidados à pessoa idosa para a promoção da capacidade funcional durante a hospitalização. *Journal of Aging and Inovation*, 2(2), pags. 33-44.

## **APÊNDICE IX – ESTUDO DE CASO (SU)**

# **O CUIDADO À PESSOA IDOSA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA**

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do estágio em contexto hospitalar, num serviço de urgência geral (SUG), inserido no 6º CEMEC, optou-se pela elaboração de um estudo de caso. O estudo de caso permitiu compreender em profundidade uma situação, uma pessoa ou um grupo de pessoas, facilitando o conhecimento sobre o Cuidado de Enfermagem (Galdeano et al, 2003). Desta forma, esta metodologia fez recurso a uma capacidade crítico-reflexiva das práticas de Enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista nos domínios das aprendizagens profissionais, da responsabilidade profissional, ética e legal e da gestão da melhoria dos cuidados (OE, 2010).

Para a realização deste estudo de caso, foi selecionada uma Pessoa Idosa que se encontrava na área da 'sala de observação' (SO), com base no interesse suscitado pelo seu projeto de vida e na identificação da necessidade de cuidados complexos. Pretendeu-se espelhar a qualidade de cuidados prestados através da avaliação global da Pessoa Idosa em situação de agudização de doença crónica, da consolidação de conhecimentos baseados na evidência, da prevenção de complicações decorrentes da hospitalização e da intervenção de Enfermagem em parceria (Gomes, 2013). Recorreu-se também ao SPICES (Fulmer, 2007), um eficiente instrumento capaz de obter informações necessárias, de forma a evitar alterações de saúde ou complicações decorrentes da hospitalização da Pessoa Idosa (Vieira, 2013). O acrónimo SPICES identifica seis das Síndromes Geriátricas mais comuns durante o internamento, que podem aumentar o tempo de internamento e taxa de comorbilidade da pessoa. Os problemas que este acrónimo identifica estão relacionados com: as alterações de sono (S- Sleep disorders); os problemas com a alimentação e em alimentar-se (P- Problems with eating and feeding); a incontinência de esfíncteres (I- Incontinence); o estado confusional (C- Confusion); o risco de quedas (E- Evidence of fall) e a integridade cutânea (S- Skin breakdown) (Fulmer, 2007).

Para a concretização dos objetivos descritos foram predefinidas metodologias, tais como a revisão de literatura, a entrevista e colheita de

informação, o exame objetivo, a avaliação multidimensional da pessoa, a elaboração de projetos de cuidados e a prestação de cuidados em parceria à D<sup>a</sup> S. (Gomes, 2013). As informações foram recolhidas por fonte primária, por meio das tecnologias de informação (processo clínico) e por intermédio de familiares, durante o horário das visitas. Teve-se em consideração os artigos 85º e 86 do Código Deontológico do Enfermeiro, que se referem à necessidade de assegurar o sigilo e a intimidade da pessoa e sua família, pelo que todos os nomes citados se encontram sob a forma de iniciais. Foi explicado o objetivo do estudo, tendo-se conseguido o consentimento informado da senhora e familiares, por via verbal.

De seguida é descrito o caso em estudo, assim como o projeto de cuidados delineado, através de uma metodologia descritiva e reflexiva, estruturado segundo as cinco fases do Modelo de Intervenção em Parceria: Revelar-se, Envolver-se, Capacitar ou possibilitar, Comprometer-se e Assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado ao Outro (Gomes, 2013).

### **Descrição da Situação:**

#### **Momento 1 – Triagem**

##### Motivo de Admissão no Serviço de Urgência Geral (SUG)

A D<sup>a</sup> S. foi trazida pela VMER, às 6:42 horas de 25 de Janeiro de 2016 por dispneia com agravamento noturno. Foi assistida no local, tendo sido administrado um aerossol de combivent® e oxigenioterapia. À chegada ao SUG deu entrada na triagem pálida, sonolenta, mas facilmente despertável (score 14 na escala de Coma de Glasgow), dispneica, com broncospasmo, dificuldade de comunicação e edemas exuberantes nos membros inferiores. Obteve-se a informação de que a D<sup>a</sup> S. reside no domicílio do genro e da filha, que refere que a mãe era parcialmente dependente nas AVD's, andando com andarilho próprio. Apresentava-se hemodinamicamente hipotensa (90/50 mmHg), apirética (36,6°C), normocárdica (89 bpm), com SaO<sub>2</sub> de 89% em ar ambiente e frequência respiratória de 14 cpm. Desconhece alergias. Foi triada com a pulseira laranja, tendo sido transferida para o SO por insuficiência respiratória grave.



## Momento 2 – Sala de Observação (SO)

Foi recebida em SO por insuficiência respiratória grave, 5 minutos depois da sua chegada ao SUG<sup>64</sup>. Foi colhido sangue para hemograma, coagulação e bioquímica, realizou raio X tórax e gasimetria arterial. Posteriormente, foi colocada VNI<sup>65</sup> com os parâmetros: FR 18 IPAAP de 12 e EPAAP de 8, com FiO<sub>2</sub> a 30%, com melhoria clínica e gasimétrica. Analiticamente, apresentava anemia, com uma hemoglobina de 9 g/dL, hiponatrémia de 132mmol/L e leucocitúria. Na gasimetria<sup>66</sup> apresentou valores alterados, nomeadamente: acidose respiratória, com pH de 7,15, pCO<sub>2</sub> de 99mmHg (hipercapnia), pO<sub>2</sub> 88 mmHg, SaO<sub>2</sub> 96% e hiperlactacidemia de 20mg/dL. O raio X tórax evidenciou obliteração pulmonar (já conhecida). A equipa médica, após avaliação do caso, referiu não haver “*indicação para medidas invasivas, tendo sido informada a família do prognóstico reservado*” (SIC). Após readaptação dos valores da VNI (IPAAP 12, EPAAP 6, FiO<sub>2</sub> 30% e FR 18), na nova gasimetria obteve-se melhoria de valores analíticos, mantendo contudo a hiperlactacidemia. Iniciou medicação broncodilatadora, diurética e corticoterapia.

### 1ª FASE – REVELAR-SE

Com o intuito de construir uma relação de confiança própria do Modelo de Cuidados em Parceria, numa primeira fase optei por dar-me a conhecer e conhecer a D<sup>a</sup> S. (Gomes, 2013). Procurei conhecer as suas potencialidades, limitações e necessidades, bem como o significado que a história de doença teve no seu projeto de vida. Com este objetivo recorri a competências relacionais e de comunicação, que me permitiram tomar consciência sobre a identidade da D<sup>a</sup> S., os seus gostos e preferências, os seus valores, o seu projeto de vida e o seu contexto sociofamiliar e cultural (Gomes, 2013). Foram utilizadas estratégias de recolha de dados objetivos, como a observação, a entrevista e a pesquisa documental, a par com a aplicação de instrumentos de avaliação considerados fundamentais para estabelecer diagnósticos e intervenções terapêuticas realistas e preventivas (Sequeira, 2010).

Tomou-se consciência de que para obter as respostas seria necessário *dar tempo e espaço* para a construção e consolidação de uma relação de confiança

---

<sup>64</sup> Este tempo inclui o tempo de triagem, observação de enfermagem e transferência para SO.

<sup>65</sup> Ventilação não invasiva

<sup>66</sup> Com O<sub>2</sub> a 6 L/min.

(Gomes, 2013). Num serviço de urgência o *fator tempo* demonstra-se infrutífero, uma vez que é suposto que a duração de permanência dos utentes seja curta. Esta poderia ser uma limitação à aplicação desta fase do Modelo, pelo que exigiu um maior esforço em conquistar a confiança da D<sup>a</sup> S..

Foi referido em ocorrências que a D<sup>a</sup> S. se tinha apresentado muito agitada e apelativa durante o turno da noite, pelo que se tinha recorrido à contenção dos membros superiores e à administração de quetiapina e haloperidol. Contudo, não foi transmitida a causa ansiedade nem dos pedidos da presença da enfermeira. Nessa manhã, a D<sup>a</sup> S. apresentava-se no leito, consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa, mas de facto muito ansiosa. Mantinha o BiPAP<sup>67</sup> sem fugas e com melhoria dos parâmetros ventilatórios.

Terminada a passagem de turno, dirigi-me à D<sup>a</sup> S., procedi á minha apresentação e á explicação do objetivo das intervenções de Enfermagem: perceber quais as suas necessidades e de, em conjunto ser delineado um plano de cuidados onde todos se comprometeriam a esforçar-se para atingir os objetivos propostos (Gomes, 2013). Foi sublinhado o facto dos elementos da equipa não serem juízes, nem detentores de poder, mas sim parceiros na transição em que a D<sup>a</sup> S. se encontrava e que, numa ação conjunta, se pretendia contribuir para a melhoria possível do seu estado de saúde e bem-estar.

A prioridade de intervenção seguinte foi retirar as pulseiras de contenção e amavelmente explicar que de seguida se iriam prestar os cuidados de higiene e conforto, se assim a D<sup>a</sup> S. desejasse. O cuidado à pessoa de acordo com as suas necessidades humanas fundamentais exigiu a suplementação desta intervenção devido á mobilidade alterada que a D<sup>a</sup> S. apresentava (Silva, 2006). Expliquei de seguida que não havia necessidade de se exaltar e gritar, pois eu me encontrava ali e estaria disponível para assistir às suas necessidades. “Vocês *não me ouvem*” – respondeu-me aflita. Retorqui calmamente, comprometendo-me que estaria disponível para a ajudar no seu projeto de cuidados, contudo gritar e ficar ansiosa apenas pioraria o seu estado respiratório e a adaptação á máscara de VNI.

---

<sup>67</sup> Bilevel Positive Pressure Airway.

Após o seu consentimento, deu-se início à prestação dos cuidados de higiene. Em contexto de hospitalização, a vulnerabilidade da pessoa está acrescida, implicando uma maior necessidade de ajuda. Neste âmbito é crucial que a Enfermeira se mostre digna de confiança, devido à relação íntima que tem de estabelecer (Sellman, 2007). Assim, procurou-se eliminar a tensão relacionada com o facto da D<sup>a</sup> S. se encontrar exposta e proporcionar um cuidado confortador. Respeitou-se a sua privacidade e pudor, através de ações como o correr das cortinas ou a colocação de um lençol em cima do corpo, evitando a sua exposição e respeitando a sua autonomia e tempo (a senhora secou a face, tendo-se respeitado o seu ritmo).

A prestação dos cuidados de higiene é um dos temas que tem grande enfoque na formação de Enfermagem. Porém, esta intervenção não se limita a ser a aplicação de uma técnica, mas sim o entrelaçar de cuidados e um caminho para muitas outras atividades como a promoção da saúde e bem-estar, assim como o alcançar de respostas essenciais ao planeamento de um projeto de cuidados (Hesbeen, 1999; Fonseca et al, 2015). Neste sentido, aproveitou-se este momento, para promover o diálogo e estabelecer uma relação de confiança, uma vez que esta é a base da relação de cuidar e um fator predisponente à aceitação dos mesmos (Reave, 2002; Oliveira & Lopes, 2010). Para tal, deu-se primazia à promoção do conforto da utente, através da competência no desempenho dessa intervenção (Sellman, 2006; Oliveira & Lopes, 2010). Utilizaram-se questões abertas, em vez de questões direcionadas, que levassem a respostas curtas do tipo 'sim' e 'não' e conduzissem ao sentimento de questionário que nada favoreciam a continuação de um diálogo aberto e estimulante.

A aplicação de competências de comunicação permitiu o conhecimento da identidade da pessoa, de forma gradual e sem parecer um questionário intrusivo. Estas competências englobaram a escuta ativa, o incentivo e abertura ao diálogo, a afetividade, a simpatia, tendo em conta a relevância das mensagens transmitidas pela comunicação não-verbal (mostrar disponibilidade, não cruzar os braços, baixar-me ao nível do seu olhar, etc.). Optou-se por temas simples, que numa fase inicial correspondessem a respostas mais curtas, devido ao estado clínico (dispneia) e ansiedade da D<sup>a</sup> S.. Com a melhoria da condição de saúde, as questões foram

respondidas mais extensamente. A D<sup>a</sup> S. conversou acerca das suas vivências em Londres, quando emigrou com o seu marido e falou carinhosamente sobre os filhos, netos e bisnetos. Conseguiu-se promover um diálogo saudável, que despertou na D<sup>a</sup> S. boas lembranças espelhadas em sorrisos saudosos.

No que diz respeito à religião, a D<sup>a</sup> S. mencionou ter realizado todos os sacramentos católicos desde a Catequese até ao Crisma, confessando ser muito crente. Apesar de ter tido muitos pretendentes, só namorou com o Sr. F. com o qual casou na Madeira, de onde é natural. Fala da sua relação com o seu falecido marido com saudade, mencionando que este era um grande companheiro que sempre a acompanhou e lhe deu força para ultrapassar as “*dificuldades de outros tempos*” (SIC). Falando do passado, mencionou ter sido bordadeira, uma profissão que ultrapassa a esfera do trabalho e atinge a esfera da arte e tradição portuguesa. Partilhou, com ar saudoso, que não foi fácil aprender mas tem saudades de praticar, contudo as limitações do seu processo de senescência já há anos que não lhe permitem dar continuidade a essa tarefa. A D<sup>a</sup> S. referiu ter tido cinco filhos. Contudo apenas quatro sobreviveram, sendo que a filha mais velha faleceu há anos com uma neoplasia coloretal.

### **Avaliação multidimensional**

Tendo em conta as especificidades e características das pessoas idosas, estas devem ser sistematicamente avaliadas numa perspetiva global (Rodrigues et al, 2015). Assim, para planificar intervenções junto da D<sup>a</sup> S. que visaram a melhoria do seu estado de saúde e de bem-estar, foi necessária uma *avaliação multidimensional* que permitiu conhecer, para além do seu estado de saúde física e mental, os seus recursos sociofamiliares, tendo igualmente em consideração a multiplicidade de diagnósticos de saúde e o impacto na sua vida (incapacidades e potencialidades). A par disso, englobou igualmente a compreensão das alterações físicas, psicológicas e sociais do envelhecimento, a par com as comorbilidades associadas.

A avaliação geriátrica multidimensional foi adaptada ao contexto onde esta decorreu (SO de um SUG), tendo desta forma contribuído para a resposta mais eficaz, não só para a compreensão dos problemas, mas também para conhecer e

priorizar as necessidades da D<sup>a</sup> S. (Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005; Veríssimo, 2005; Ferreira et al., 2006). Neste sentido, é de seguida apresentada a avaliação geriátrica global, feita nesta fase da aplicação do Modelo de Parceria de Cuidados (Gomes, 2013).

### 1. História de Doença:

Quando questionada acerca da sua anamnese clínica, a D<sup>a</sup> S. refere que foi uma criança relativamente saudável durante a infância e adolescência tendo tido apenas amigdalites ocasionais, papeira e varicela. A partir dos 55 anos, referiu que *“a partir daí é que vieram as doenças todas...”* (SIC). Foi-lhe diagnosticado: DPOC (sob oxigenioterapia por períodos a 1,5 L/min), esteatose aórtica grave de etiologia degenerativa, hipertensão pulmonar moderada, cardiopatia hipertensiva e isquémica com insuficiência cardíaca classe II<sup>68</sup>, adenocarcinoma do cólon, submetida a hemicolectomia direita em Agosto de 2011, tendo-lhe sido diagnosticado em Setembro de 2014 metastização óssea (sem medicação dirigida, segundo o processo devido á idade da senhora). Nega alergias. A medicação habitual da utente encontra-se esquematizada no quadro 1, sendo a filha responsável pela gestão terapêutica. Nos últimos meses, tem apresentado múltiplos internamentos, o último dos quais com alta a 14 de Janeiro, por descompensação cardíaca, DPOC agudizada, infeção urinária por *Escherichia Coli*<sup>69</sup> e anemia multifatorial, com necessidade de transfusão sanguínea.

Medicamento	Via	Frequência
Ramipril 5 mg	PO	Pequeno-almoço
AAS 100 mg	PO	Pequeno-almoço
Furosemida 40 mg	PO	Jejum
Salbutamol 4 puffs	Inalação	3 vezes ao dia
Atrovent 4 puffs	Inalação	3 vezes ao dia
Pantoprazol 40 mg	EV	Jejum
Linagliptina 300 mg	PO	Almoço e jantar
Gabapentina 300 mg	PO	Almoço e jantar
Bisoprolol 2,5 mg	PO	Peque-almoço
Prednisolona 20 mg	PO	9h

**Quadro 1 – Medicação de ambulatório da D<sup>a</sup> S.**

<sup>68</sup> Segundo *New York Heart Association (NYHA)*.

<sup>69</sup> Doente algaliada permanentemente. Suscitou-me a dúvida em relação a esta algaliação, contudo após estudar o processo e questionar os médicos presentes, não obtive a justificação.

## **2. Avaliação funcional global**

A hospitalização é reconhecida na literatura como um fator de risco para o declínio funcional, seja pela doença aguda ou pelo desenvolvimento de complicações, devido quer á má nutrição, á polimedicação, ás alterações do padrão de sono ou até relacionado com o risco de confusão aguda (Sales et al, 2010; Palleschi et al, 2011; Pereira et al, 2014). Em muitos casos, a melhoria clínica não é acompanhada pela melhoria da capacidade funcional e cognitiva da Pessoa Idosa, resultando no aumento da dependência após o internamento (Rodriguez et al, 1999). A sinalização de situações de risco, permitem implementar intervenções preventivas e terapêuticas que melhoram a qualidade de vida e bem-estar (Fulmer, 2007). A avaliação funcional global surge assim como um processo eficaz no diagnóstico precoce de síndromes geriátricas e consequente elaboração de planos de cuidados específicos que promovam a saúde e previnam complicações (Moraes et al, 2010; Freitas et al, 2011; Pereira et al, 2014).

Deste modo é importante compreender a capacidade funcional anterior ao episódio de agudização e a atual, pelo que se optou por aplicar as escalas, para além do momento de admissão, antes da vinda ao SUG. O conhecimento da capacidade anterior ao episódio de urgência foi possível através das informações recolhidas pela D<sup>a</sup> S. e seus familiares.

Optou-se por recorrer ao Índice de Barthel, um instrumento para a avaliação da independência funcional e mobilidade (Litvoc & Brito, 2004), validado para a população portuguesa por Araújo et al (2007) e utilizado no SUG. Após aplicação do mesmo na admissão da utente, obteve-se um resultado de 35 que confirmou a sua dependência severa nas AVD's antes do internamento e a sua dependência total no SO (ver tabela 1).

<b>Atividade Básica de Vida</b>	<b>Antes da hospitalização</b>	<b>Na admissão da utente</b>
Alimentação	5 (necessita de grande ajuda, como o corte dos alimentos)	0 (necessita de ajuda total)
Higiene pessoal	0 (É incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspetos)	0 (É incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspetos)

Uso de sanitário	5 (necessita de ajuda parcial)	0 (necessita de ajuda total, usa fralda)
Banho	0 (totalmente dependente)	0 (totalmente dependente)
Vestuário	0 (dependente em todos os aspetos)	0 (dependente em todos os aspetos)
Controlo de esfíncter urinário	0 (algiada e incapaz de cuidar do cateter)	0 (algiada e incapaz de cuidar do cateter)
Controlo de esfíncter fecal	5 (necessita de ajuda parcial, vai ao wc)	0 (necessita de ajuda total, usa fralda)
Mobilidade	10 (anda com andador e supervisão)	0 (necessita de ajuda total, mantém-se no leito)
Transferência cadeira/cama	5 (necessita de ajuda)	0 (necessita de ajuda total, mantém-se no leito)
Escadas	5 (necessita de ajuda)	0 (necessita de ajuda total)
<b>Total</b>	<b>35 (dependência severa)</b>	<b>0 (dependente total)</b>

**Tabela 1 – Resultado da aplicação do Índice de Barthel**

Este aumento do grau de dependência está associado ao agravamento da condição de saúde da utente que acarreta limitações (a dispneia limita a mobilização, por exemplo). Contudo, e após uma avaliação multifatorial, observou-se que ainda não tido sido proporcionado nem questionada a sua vontade em relação ao levantar, facto que lhe traria benefícios até ao nível respiratório. Assim, coube-me refletir acerca do rigor da avaliação do estado funcional realizado no momento de admissão da utente. Efetuei novamente a aplicação da escala, após conhecer as reais potencialidades da utente, tendo obtido um valor de 30, que sugeriu a dependência severa, tal como no domicílio.

Pela análise da tabela 1 observamos que a D<sup>a</sup> S. no domicílio não usava fralda, dirigindo-se ao sanitário para a eliminação intestinal. Contudo no SO foi confinada ao leito com uma fralda. Inclusivamente nas refeições, que no domicílio necessitava apenas de ajuda para o corte dos alimentos, no SO era alimentada com ajuda total. Após avaliação do seu estado de saúde (capacidade para), iniciou-se um processo de negociação com a D<sup>a</sup> S., onde se procurou perceber se as ações eram acometidas pela utente de bom grado e até que ponto poderíamos proporcionar-lhe

um *empowerment* das suas capacidades. A D<sup>a</sup> S. referiu que a fralda lhe provocava desconforto relatando mesmo que “*está muito apertada*” (SIC). Uma vez que a utente mantinha o controlo de esfíncter intestinal, não fazia sentido a colocação da mesma, pelo que foi retirada, facto que foi recebido com grande agrado por parte da utente. Após os cuidados de higiene foi inclusivamente questionado à D<sup>a</sup> S. se se queria levantar para o cadeirão. A utente relatou que todos os dias se sentava, aceitando de imediato esta intervenção. Em relação á alimentação, a utente foi incentivada a alimentar-se sozinha no cadeirão, tendo-lhe sido proporcionada uma mesa de apoio. A utente não conseguiu alimentar-se da sopa, devido a alguns tremores (por fraqueza muscular), pelo que foi assistida nesta atividade, contudo alimentou-se autonomamente da fruta passada. Desta forma, contribuiu-se para a prevenção do declínio funcional, uma vez que se respeitou as potencialidades da D<sup>a</sup> S..

De modo a avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, foi aplicada a Escala de Braden (tabela 2). Concluiu-se que a D<sup>a</sup> S. apresentava um baixo risco de comprometimento da integridade cutânea no domicílio, risco este que aumentou durante a sua hospitalização. Neste sentido, iniciou-se a negociação com a utente em relação aos benefícios da alternância de decúbitos. Algumas das sugestões incluíram a colocação de almofadas na região lombar e membros inferiores, de modo a aliviar a pressão nos calcâneos, região sagrada e omoplatas. Contudo, os posicionamentos laterais e dorsais foram excluídos, devido á utente não os tolerar (DPOC, dificuldade respiratória, insuficiência cardíaca). Aproveitou-se o facto da cama ser articulada, para promover posicionamentos de fowler, semi-fowler e fowler alto. A preferência do cadeirão em detrimento de tantas horas no leito foi incentivada, até para promover um melhor padrão de sono noturno e evitar a alteração de períodos de sono-vigília. Em relação à mobilidade, a utente apresentava algumas limitações recorrentes dos seus 99 anos, contudo conseguia deambular com ajuda parcial e colaborar nas transferências da cama para o cadeirão, tolerando a posição de sentado por mais de 4 horas com bom equilíbrio.

Dimensão	Antes da hospitalização	Durante da hospitalização
Percepção sensorial	4. Nenhuma limitação (obedece a instruções verbais, não apresenta défice sensorial que	4. Nenhuma limitação (obedece a instruções verbais, não apresenta défice



	possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade	4. Pele raramente húmida (a pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais)	3. Pele ocasionalmente húmida (a pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia)
Atividade física	3. Anda ocasionalmente (por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com supervisão)	1. Acamado
Mobilidade	3. Ligeiramente limitado (faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda)	2. Muito limitada (ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinha)
Nutrição	3. Adequada (come mais de metade da maior parte das refeições. Faz seis refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios).	2. Provavelmente inadequada (relacionado com a alimentação distribuída: sopa e fruta a todas as refeições para todos os doentes do SO)
Fricção e forças de deslizamento	2. Problema potencial (movimenta-se com alguma dificuldade e requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai)	1. Problema (requer de ajuda moderada a máxima para se mobilizar. Descai frequentemente da cama, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima.
<b>Total</b>	<b>19 (baixo risco)</b>	<b>13 (alto risco)</b>

**Tabela 2 – Resultado da aplicação da Escala de Braden (avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão)**

Devido á vulnerabilidade, quer pelo processo de doença aguda, incapacidades, polimedicação ou até mesmo pela imobilidade, as Pessoas Idosas podem estar sujeitas a um maior risco de quedas. Isto, aliado a fatores extrínsecos e ambientais, faz com que faça todo o sentido a avaliação do risco de queda. Assim, foi aplicada a Escala de quedas de Morse (tabela 3), obtendo-se um resultado de 70,

indicativo de elevado risco de queda. Neste sentido foram iniciadas intervenções de prevenção de quedas<sup>70</sup> (Morse, 2009; Costa-Dias & Oliveira, 2010).

Descrição	Pontuação
História de quedas (neste internamento ou nos últimos 3 meses)	0- não
Diagnóstico secundário	15- sim
Ajuda para caminhar	15- dispositivo de mobilidade (andarrilho)
Terapia intravenosa	20- sim
Marcha	20- dependente de ajuda
Estado mental	0- consciente das suas capacidades
<b>Total</b>	<b>70 (elevado risco de queda)</b>

**Tabela 3 – Aplicação da Escala de quedas de Morse**

A D<sup>a</sup> S. apresentava já limitações da mobilidade antes do momento de admissão no SUG, relacionadas com fatores intrínsecos (idade, comorbilidades, diminuição da mobilidade, acuidade visual reduzida), contudo o agravar da condição física a par com o ambiente hospitalar (camas de hospital, imobilidade, etc.) potenciaram o risco de queda.

### **3. Alimentação e Nutrição:**

A digestão e a mastigação encontravam-se afetadas, pela falta de peças dentárias, porém a utente não apresentava disfagia, náuseas ou vômitos. Referia apetite, apesar das alterações ao nível das papilas gustativas que ocorrem com a idade e das queixas de xerostomia, provavelmente associadas à VNI ou a alguns medicamentos (quetiapina e haldol que lhe foram administrados no turno anterior). Foi alimentada de sopa e fruta às grandes refeições e de papas ao pequeno-almoço e lanche. Devido a tremores referiu não conseguir alimentar-se autonomamente da sopa, pelo que se assistiu neste cuidado, tendo respeito pelo aumento do tempo na realização desta tarefa relacionando, não só com a condição clínica, mas também com a idade. Contudo incentivou-se a utente em alimentar-se da fruta, atividade que conseguiu realizar. Apesar dos hábitos alimentares anteriores da utente não se

<sup>70</sup> Constantes no projeto de cuidados delineado e presentes na fase 4.

restringirem a sopa, era norma do serviço as refeições serem sempre de sopa e fruta batida ou passada para todos os utentes.

A Pessoa Idosa está mais predisposta a desenvolver problemas nutricionais, como é o caso da desnutrição ou desidratação, muitas vezes relacionados com a perda de apetite, grau de dependência ou pela presença de doenças crónicas (Bates et al, 2002; Guigoz et al, 2002; Teixeira, 2003). Independentemente da causa, a má alimentação contribui significativamente para o aparecimento de complicações nos idosos, nomeadamente agravamento de doenças crónicas e alterações de consciência (Ferry & Alix, 2004; DGS, 2004; Loureiro, 2008; Oliveira & Tavares, 2010). Estes problemas tendem a agravar-se quando a Pessoa Idosa se encontra em situação de hospitalização (DGS, 2004). É crucial que os Enfermeiros atuem precocemente e intervenham de modo adequado na promoção da nutrição da Pessoa Idosa, com vista a reduzir complicações associadas. Tendo isto em conta, refletiu-se acerca da composição das refeições oferecidas à D<sup>a</sup> S., concluindo-se que estas não satisfaziam as suas reais necessidades. Indagou-se sobre a possibilidade de solicitar uma refeição completa, contudo as normas do serviço não permitem alterações no fornecimento de refeições (não fornecem refeições compostas por prato, sopa, fruta e bebida, pelo que me foi impossível satisfazer essa necessidade).

A manutenção de um estado nutricional, adequado é crucial para a prevenção de complicações, sendo a deteção precoce de alterações ou risco nutricional possível de ser sujeita a uma intervenção nutricional adequada e atempada (Guedes et al, 2008; Loureiro, 2008). Recorreu-se ao Mini Nutritional Assessment (tabela 4), por forma a detetar o risco ou a presença de malnutrição da D<sup>a</sup> S.. A primeira parte do questionário (triagem) originou um resultado de 11, significando risco de desnutrição, pelo que se procedeu à continuação do preenchimento do questionário, como indica a instrução do mesmo. No total obteve-se um total de 21, indicativo de risco de desnutrição. Uma vez que me deparei com o problema de não poder pedir uma refeição completa para a D<sup>a</sup> S. e que a sua passagem pelo SO seria desejavelmente curta, optei por promover a literacia em saúde, quer da D<sup>a</sup> S., quer dos cuidadores. Foram promovidos ensinios e desmistificados mitos em relação á

alimentação das Pessoas Idosas<sup>71</sup>. A par disso, suscitou-se na equipa de enfermagem uma reflexão acerca das reais necessidades nutricionais de uma Pessoa Idosa, ainda mais quando não existem restrições alimentares e está presente risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (alto risco, segundo aplicação da escada de Braden).

Triagem	Valor
A Nos últimos 3 meses não houve diminuição da ingesta alimentar	2
Não houve perda de peso nos últimos 3 meses	3
A D <sup>a</sup> S. deambula, mas não é capaz de sair de casa	1
Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses	0
Sem evidência de problemas psicológicos	2
IMC 33,30	3
<b>Total</b>	<b>11</b>
Avaliação Global	
Não vive na sua própria casa	0
Utiliza mais de 3 medicamentos diferentes	0
Apresenta lesão da pele (membros inferiores)	0
Faz 5 refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia)	2
Consome pelo menos uma porção diária de leite ou derivados, duas ou mais porções semanais de leguminosas e carne ou peixe todos os dias	1
Consome duas ou mais porções diárias de fruta ou hortaliças (almoço e ao lanche, que ingere fruta e pão com doce)	1
Consome pelo menos 3 copos de líquidos por dia	0
Alimenta-se sozinha, mas com dificuldade	1
Acredita não ter nenhum problema nutricional	2
Em comparação com outras pessoas da mesma idade, refere que a sua condição de saúde é semelhante	1

<sup>71</sup> A sua composição, as alterações que acontecem com a idade, que problemas podem ocorrer e a forma de os contornar (ver projeto de cuidados, ponto 4).

Perímetro braquial >22	1
Perímetro de perna >31	1
<b>Total Final</b>	<b>21 (risco de desnutrição)</b>

**Tabela 3 – Resultado da aplicação do Mini Nutritional Assessment**

#### **4. Estado cognitivo**

De modo a avaliar a função cognitiva da D<sup>a</sup> S., procedeu-se à aplicação do Mini-Mental State Examination (tabela 5). Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al (1994), permitindo o rastreio do défice cognitivo. As funções recebem uma pontuação máxima de 30 pontos, correspondendo esta a um bom desempenho cognitivo e uma pontuação de zero a um elevado grau de défice (Folstein et al, 1975). O resultado tem em conta a escolaridade da pessoa, sendo que no caso da D<sup>a</sup> S. que apresenta a antiga 4<sup>a</sup> classe o resultado de 29 não foi sugestivo de qualquer défice cognitivo (Folstein et al, 1975; Brucki et al, 2003; Frank et al, 2006; GERMI).

<b>Área de Estudo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Pontuação</b>
Orientação Temporal e Espacial (um ponto por cada resposta correta)	Ano	1
	Mês	1
	Dia	1
	Dia da semana	1
	Estação do ano	1
	País	1
	Distrito	1
	Localidade	1
	Tipo de habilitação (hospital)	1
	Serviço	1
Retenção (um ponto por casa palavra correta)	Repetir pera, gato e bola	3
Atenção e cálculo (5 resposta, um ponto por cada	Subtrair:	4

resposta correta)	30-3= <u>27</u> -3= <u>24</u> -3= <u>21</u> -3= <u>18</u> -3= <u>X</u>	
Memória e Evocação  (repetir palavras anteriores, um ponto por cada)	Pera, gato, bola	<b>3</b>
Linguagem (nomear dois objetos mostrados)	Relógio e caneta	<b>2</b>
Repetição	"o rato roeu a rolha"	<b>1</b>
Cumprir ordens	Pegar na folha com a mão direita, ver o que tem e devolver com a mesma mão	<b>3</b>
Ler e executar	"Feche os olhos"	<b>1</b>
Escrever uma frase completa	"Eu sou a S."	<b>1</b>
Habilidade construtiva (copiar dois pentágonos)		<b>1</b>
<b>Pontuação Total</b>	<b>29 - sem déficit cognitivo</b>	

**Tabela 5 – Resultado da aplicação do Mini-Mental State Examination (MMSE)**

Os estados de confusão aguda ou *delirium*, estão muitas vezes presentes em Pessoas Idosas hospitalizadas, sendo uma condição de origem multifatorial. São alterações cognitivas de início súbito, caracterizadas por distúrbios de consciência, atenção, orientação, memória, pensamento, percepção e comportamento (Lôbo et al, 2010). Com o intuito de avaliar a existência de confusão aguda, e uma vez que tinha sido passado no turno anterior que a D<sup>a</sup> S. apresentava "*períodos de agitação psicomotora, pelo que foi comunicado à médica e administrada terapêutica prescrita*", aplicou-se a escala de Confusion Assessment Method<sup>72</sup> (CAM). É um instrumento de preenchimento rápido, que se encontra validado para a população portuguesa por Sampaio & Sequeira (2013). A escala CAM avalia os seguintes parâmetros: início agudo, falta de atenção, pensamento desorganizado, alteração do nível de consciência, déficit de memória, distúrbios perceptuais, agitação psicomotora e alteração do ciclo de sono-vigília (Sampaio & Sequeira, 2013). A avaliação do estado confusional não pode ser um ato único, até porque, como foi dito anteriormente, o seu aparecimento é normalmente uma situação de desenvolvimento rápido. Deste modo, procurou avaliar-se com frequência o estado de confusão, não se obtendo um diagnóstico positivo em nenhuma das vezes, uma

<sup>72</sup> Desenvolvida por Inouye et al (1990).

vez que a D<sup>a</sup> S. não apresentou alteração aguda do seu estado mental, manteve a atenção ao que a rodeava, com discurso coerente e organizado, consciente e alerta (Sampaio & Sequeira, 2013).

Neste sentido e por forma a comprovar que a confusão não estava relacionada com a desorientação, mas sim com o medo e a ansiedade relativa à dispneia e dificuldade em manter a máscara de VNI, foram desenvolvidas intervenções que promoveram o relaxamento, a diminuição da tensão e a adaptação á VNI (ver plano de cuidados). Questionou-se a utente acerca da noite anterior, ao que a D<sup>a</sup> S. respondeu que se lembrava de tudo, que se manteve atenta a todas as intervenções dos profissionais, sabendo onde se encontrava e o porquê da sua vinda ao serviço de urgência. A utente referiu não compreender porque “*me prenderam as mãos, eu só queria conseguir respirar...*” (SIC). Disponibilizei a minha presença e ajuda em tudo que a utente necessitasse, na tentativa de diminuir a sua ansiedade. Expliquei que compreendia o significado que mais um internamento assumia no seu projeto de vida, mas que estaria disponível para a ajudar na prossecução do seu projeto de saúde. Estimulei a inclusão das visitas (genro e filha), percebendo que a presença de ambos era benéfica e promotora de serenidade para a utente. O horário da visita nesse dia foi inclusivamente alargado, apesar do genro cumprir a norma dizendo “*bem, já acabou a hora da visita*” (SIC), respondi tranquilamente que poderia ficar mais algum tempo, não havendo problema. Aproveitando esta questão, abordei a utente na presença do genro, estimulando o diálogo, nutrindo-se uma conversa agradável que se refletiu na serenidade da D<sup>a</sup> S..

A ida a um serviço de urgência é vista para a pessoa (e família) como um momento de stress, que acrescenta às preocupações com a agudização da doença, a alteração do ambiente da pessoa. Muitas vezes o ritmo rápido da urgência e todas as intervenções a que esta é sujeita podem levar a sentimentos de ansiedade onde muitas vezes profissionais e pessoas idosas não falam a mesma língua<sup>73</sup>. A forma de manifestação de ansiedade tantas vezes somatizada, levam os profissionais à procura do tratamento de causas biológicas como a taquicardia, a agitação ou até a hipertensão, em vez de estabelecer uma relação de ajuda e suporte no momento de crise. Isto leva-nos a refletir acerca do facto dos profissionais ainda estarem muito

---

<sup>73</sup> Por exemplo fazer recurso a termos técnicos, ou não haver a transmissão à utente do que se passará de seguida.

voltados para o Modelo Biomédico, administrando ansiolíticos em vez de ajudar a ultrapassar a angústia de uma crise.

## **5. Estado emocional e humor:**

A D<sup>a</sup> S. alternou períodos em que se encontrou sorridente e com disposição para contar a sua história de vida, com outros em que expressou incerteza face ao seu futuro e situação de doença aguda. Com o envelhecimento, ocorrem alterações nas condições de saúde, sociais e económicas que podem comprometer a qualidade de vida da Pessoa Idosa (Vasconcelos, 2007). Este cenário pode dar início a uma destruturação psíquica, levando a depressão (Shmuely, 2001).

Neste sentido, recorreu-se à escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, um instrumento amplamente utilizado na avaliação de aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados em caso de depressão nos idosos. Esta escala tem uma versão completa com 30 questões e uma versão curta com 15. No contexto onde foi aplicado (SUG), optou-se por aplicar a versão reduzida da escala de Depressão Geriátrica (GDS -15) (Yesavage et al, 1983), que se encontra igualmente validada pelo autor e os seus resultados são sobreponíveis aos da versão completa. Em Portugal a GDS, foi validada e adaptada por Pocinho, et al (2009). A informação foi obtida através do questionário direto à D<sup>a</sup> S., obtendo-se um resultado de 5 (tabela 6), sugerindo a ausência de depressão.

Questão	Resposta
1 Está satisfeito com a sua vida?	Sim
2 Deixou de lado muitas das suas atividades e interesses?	Sim
3 Sente que sua vida está vazia?	Não
4 Sente-se aborrecido com frequência?	Não
5 Sente-se de bom humor na maioria das vezes?	Sim
6 Teme que algo de mau lhe aconteça?	Sim
7 Sente-se feliz na maioria das vezes?	Sim
8 Sente-se frequentemente desamparado?	Não



9 Prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?	Não
10 Sente que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	Sim
11 Pensa que é maravilhoso estar vivo?	Sim
12 Sente-se inútil?	Não
13 Sente-se cheio de energia?	Não
14 Sente-se sem esperança?	Não
15 Acha que a maioria das pessoas estão melhores do que a D <sup>a</sup> S.?	Sim
<b>Resultado Final:</b>	<b>5 sem depressão</b>

**Tabela 6 – Resultado da aplicação da GDS-15**

## **6. Sono e repouso:**

Com o processo de senescência é possível denotar alterações na qualidade do sono das pessoas idosas, sendo inclusivamente uma das queixas mais frequentes desta faixa etária (Oliveira, 2010). Na literatura é apontado o prejuízo que pode advir das alterações do padrão de sono, nomeadamente ao nível cognitivo, psicológico, imunológico, desempenho, resposta comportamental, humor e adaptação (Sforza et al, 2012). Alguns fatores que podem predispor a estas alterações são o isolamento da pessoa, a sua inatividade física e mental, os efeitos secundários da medicação e os desgastes noturnos que muitas vezes provocam sonolência diurna (Voyer et al, 2006).

A D<sup>a</sup> S. referiu não ter “*dormido bem durante a noite*” (SIC), sendo que apenas conseguiu descansar por períodos. Os registos de enfermagem não faziam referência à quantidade ou qualidade do sono, sendo que apenas dispúnhamos da informação da utente. Contudo, a mesma não conseguiu apontar o tempo de sono eficaz. A não existência de relógios no SUG<sup>74</sup> prejudica a noção de tempo, sendo esta orientação realizada em volta da realização de determinadas rotinas (cuidados de higiene, almoço, etc.).

<sup>74</sup> Facto transversal a outras realidades como por exemplo enfermarias, levando á perda de noção de tempo se o utente não tiver um relógio próprio.

As causas das alterações do padrão de sono poderiam estar associadas ao próprio ambiente do SO: com monitores cardíacos constantemente a alarmar, com medições constantes de pressão arterial, intervenções de enfermagem, entrada e saída de doentes e funcionários e até mesmo a comunicação entre eles de um lado para o outro do corredor. Estes fatores externos, podem ser associados a fatores intrínsecos, como a própria condição clínica e o stress que daí advém, contribuindo para perpetuar distúrbios do sono. Quando questionada, a D<sup>a</sup> S. referiu que *“não consegui dormir quase nada, e quando tentava isto [braçadeira da tensão] apertava e eu assustava-me. Já antes de vir para cá tinha dormido pouco por causa da falta de ar”* (SIC). Uma vez identificada esta alteração e tendo presente as consequências ao nível da qualidade de vida e saúde da D<sup>a</sup> S., procurou-se por meios que promovessem uma boa qualidade de sono<sup>75</sup>, assim como foi incentivada uma reflexão em equipa acerca das medidas que poderiam ser alteradas (promover o silêncio nos corredores, diminuir as intervenções de enfermagem durante o turno, reduzir o intervalo das avaliação da pressão arterial, uma vez que esta se encontrava estável). As intervenções de Enfermagem estão espelhadas no projeto de cuidados, constante na 4<sup>a</sup> fase da aplicação do Modelo de Cuidados em Parceria (Gomes, 2013).

## **2ª FASE – ENVOLVER-SE**

A possibilidade de prestar cuidados à D<sup>a</sup> S. com disponibilidade total para a conhecer, permitiu estabelecer uma relação de confiança de qualidade, baseada em princípios de responsabilidade, escuta ativa, respeito e preocupação (Gomes, 2013). Através do respeito pelo tempo e espaço da D<sup>a</sup> S. que permitiu o envolvimento no seu projeto de vida e de saúde, foi possível o conhecimento acerca das suas particularidades e especificidades, que permitiu posteriormente planificar, em conjunto, as intervenções a seguir. A relação empática e a ausência de juízos de valor, facilitaram a expressão de emoções e sentimentos por parte da utente. Esta disponibilidade para compreender e ouvir permitiu “reconhecer as situações e procurar com a pessoa o que a motiva e dá sentido à vida, para em conjunto identificarem possibilidades e recursos do doente idoso para o cuidado de Si” (Gomes, 2013, p.101). Para isto procurei compreender a perceção que a utente

---

<sup>75</sup> Evitar que a utente passasse o dia a dormir, sob pena de não sono durante a noite seguinte, por exemplo.

tinha da sua situação. Apurei que a D<sup>a</sup> S. estava totalmente informada sobre a sua condição de saúde e doença, inclusivamente da não realização de tratamento antineoplásico, que a mesma concordava. O receio da D<sup>a</sup> S. não era de morrer, mas sim de poder *“vir a sofrer ainda mais”* (SIC). Foi explicado à utente que a dor era avaliada e monitorizada, sendo o objetivo dos cuidados de Enfermagem contrariar a existência da mesma. A par disso, a utilização de outras estratégias como a distração ou a massagem eram benéficas e podiam ser utilizadas.

### **1. Contexto sociofamiliar e dinâmica familiar**

A D<sup>a</sup> S. vê a sua família como um dos grandes valores da sua vida, considerando-a uma base de apoio, com quem mantém fortes laços afetivos e à qual se dedicou toda a vida. Por opção familiar, a D<sup>a</sup> S. vive com uma das suas filhas e o seu genro. Através das visitas, percebeu-se que esta família privilegia a harmonia e os laços familiares, tendo especial respeito pela D<sup>a</sup> S., *“uma mulher lutadora”*, assumem ambos e com *“afincada personalidade”* (SIC), típica das suas 99 primaveras. O genro carinhosamente tratava a D<sup>a</sup> S. por *“avó”*. Referiu que *“as sogras são normalmente associadas a pessoas más e com quem nos damos mal, por isso para mim ela é minha avó!”* (SIC).

Quando questionado, o genro relatou que os hábitos da D<sup>a</sup> S. passavam por ver televisão e passear pelo quintal com andarilho. O genro referiu *“o meu trabalho é feito a partir de casa, e por isso tenho muito tempo para vigiá-la”* (SIC). Facto que provavelmente foi tido em conta na escolha da casa da D<sup>a</sup> S..

O nível de conhecimento dos cuidadores face à situação pareceu adequado, fruindo competências de cuidar e de resolução de situações agudas em tempo útil, nomeadamente no acompanhamento da utente ao SUG, quando necessário. A filha da D<sup>a</sup> S. é responsável pela globalidade dos cuidados, auxiliando ou substituindo a mãe nas AVD's e AIVD's.

### **2. Avaliação da sobrecarga da cuidadora:**

O cuidador informal desempenha um papel crucial no bem-estar e manutenção da qualidade de vida da Pessoa Idosa que cuida. A literatura aponta

para as exigências que o cuidar de uma Pessoa Idosa acarretam, associando ao cuidador, o risco de desenvolver níveis elevados de sobrecarga. A sobrecarga do cuidador pode ser definida como a dificuldade ou incapacidade em responder de forma adequada, em detrimento das complexas necessidades de uma Pessoa Idosa dependente (Sequeira, 2010). Assim, o cuidador informal deve ser alvo de uma especial atenção, por forma a ser diagnosticado o risco de sobrecarga precocemente e em todos os contactos do mesmo com o profissional de saúde (Cordeiro, 2011). A polipatologia, associada a complicações, recorrentes de internamentos e idas á urgência assume, neste sentido uma oportunidade de identificar estas situações. Assim, aplicou-se a Escala de Sobrecarga do Cuidador (tabela 7), validada por Sequeira (2010). Obteve-se o resultado de 42, que afasta a existência de sobrecarga.

Pergunta	Nunca 1	Raro 2	às vezes 3	Muitas vezes 4	Quase sempre 5
Sente que a Dª S. solicita mais ajuda do que necessita?	X				
Considera que devido ao tempo que lhe disponibiliza, já não tem tempo para as suas tarefas?	X				
Sente-se tensa por ter de cuidar da Dª S. e fazer as outras tarefas?	X				
Sente-se envergonhada pelo comportamento da Dª S.?		X			
Sente-se irritada?	X				
Considera que esta situação afeta negativamente a sua relação com as suas amigas?	X				
Tem receio pelo futuro da sua mãe?					X
Considera-a dependente de si?					X
Sente-se esgotada junto dela?		X			
Vê a sua saúde afetada por ter de cuidar da Dª S.?		X			
Considera que não tem uma vida privada como desejaria?			X		
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente?	X				

Sente-se pouco à vontade para convidar amigos, devido à situação?		X			
Acredita que o Sr. M. espera que cuide dele como se fosse a única pessoa que ele pudesse contar?			X		
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar da Dª S. e para o resto das despesas que tem?	X				
Sente-se incapaz de cuidar dela por muito mais tempo?	X				
Sente que perdeu o controlo da sua vida?	X				
Desejaria poder entregar os cuidados da sua mãe a outra pessoa?	X				
Sente-se insegura acerca do que deve fazer?			X		
Sente que poderia fazer mais?		X			
Considera que poderia cuidar melhor?		X			
Em geral sente-se sobrecarregada por cuidar da Dª S.?	X				
<b>Total</b>	<b>42 (sem sobrecarga)</b>				

**Tabela 7 – Resultado de aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador**

### **3ª FASE – CAPACITAR OU POSSIBILITAR**

A terceira fase do modelo de intervenção em parceria surgiu após o conhecimento global da situação. Pretendeu-se neste momento "construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir" (Gomes, 2013, p. 101), possibilitando desta forma a prossecução do projeto de cuidados e o controlo do cuidado de Si (Gomes, 2013).

Procurou-se partilhar os conhecimentos, desenvolvendo um processo informado, esclarecido e reflexivo. Promoveu-se uma ação negociada e de partilha de responsabilidades, de modo a que a Dª S. assumisse controlo sobre Si, maximizando as suas potencialidades, ao mesmo tempo que se pretendeu assegurar o seu cuidado (Gomes, 2013). Foi essencial a relação estabelecida nas fases anteriores, que teve como base a confiança e a parceria de cuidados, tendo em consideração as capacidades e preferências da utente (Gomes, 2013).

Pretendeu-se respeitar as potencialidades da D<sup>a</sup> S., por exemplo na realização dos cuidados de higiene, onde se assistiu nas atividades que a utente não conseguia autonomamente realizar (membros inferiores, por exemplo), e incentivando-a a realizar o que conseguia (lavar o rosto e as mãos). Desta forma a utente não foi um agente passivo nos cuidados, ao mesmo tempo que foi partilhada a responsabilidade e se transformaram capacidades potenciais em reais (Gomes, 2013). Outro exemplo foi a dificuldade na adaptação á mascara facial, uma vez que a utente referia “*estar muito apertada e doía*” (SIC). Foi agilizado o aperto da mesma, de modo a alargar os elásticos até ao momento de não existir fuga no circuito. A par disso foi colocado um penso de espuma suave na face no local de adaptação da máscara, de modo a proteger e evitar eventuais feridas<sup>76</sup>. O levante precoce e a eliminação intestinal sentada na arrastadeira, foram de igual modo uma forma de proporcionar o *empowerment* da pessoa, uma vez que se respeitaram os hábitos da utente. Desta forma, promoveu-se o “cuidado com o cuidado que o Outro teria consigo próprio se isso lhe fosse possível, no sentido de antecipar complicações, (...) e prosseguir na sua trajetória de vida, preservando a sua identidade no contexto social” (Gomes, 2013, p. 103).

#### **4ª FASE – COMPROMETER-SE**

Nesta fase procurou-se desenvolver “esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e de saúde da pessoa” (Gomes, 2013, p. 103).

A avaliação multidimensional da Pessoa Idosa, tendo em conta a identificação e intervenção nas grandes síndromes geriátricas, permitiu desenvolver um projeto de cuidados, adaptado às suas necessidades reais, prevenindo a deterioração das suas capacidades (Sequeira, 2010). O desenvolvimento do projeto de cuidados em parceria teve por base o estabelecimento de uma relação de confiança, uma partilha de poder e uma ação negociada, onde todos os elementos se comprometeram a atingir os objetivos terapêuticos (Gomes, 2013). O planeamento do projeto de cuidados é apresentado de seguida, e teve como ponto de partida os problemas identificados e descritos anteriormente.

---

<sup>76</sup> Um dos efeitos adversos das mascaras de VNI é a existência de soluções de continuidade na face, que podem inclusivamente evoluir para necrose (Fundação Portuguesa do Pulmão).

Problema identificado	Resultado esperado	Ação conjunta	Ganhos adquiridos
Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão relacionado com imobilidade (score 13 na Escala de Braden)	Que a D <sup>a</sup> S. mantenha a integridade cutânea e não desenvolva úlceras de pressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar a Escala de Braden para monitorização do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão;</li> <li>- Identificar os fatores de risco que potenciam o desenvolvimento de úlceras de pressão;</li> <li>- Informar sobre as complicações da imobilidade e de não se executarem alternâncias de decúbito frequentes;</li> <li>- Informar sobre a importância da hidratação da pele;</li> <li>- Vigiar a pele e proeminências ósseas;</li> <li>- Garantir a inexistência de pregas na roupa da cama;</li> <li>- Retirar fralda, de modo a prevenir complicações de pele relacionadas com humidade;</li> <li>- Posicionar a utente no leito e promover o levantar precoce;</li> <li>- Informar familiares e equipa para a importância de uma adequada alimentação e ingestão de água.</li> </ul>	A D <sup>a</sup> S. não desenvolveu nenhuma úlcera de pressão durante o tempo que permaneceu no SO. Recusou decúbitos laterais e dorsais, devido ao desconforto que lhe causavam devido à doença, contudo foram negociados outros posicionamentos como o levantar para cadeirão durante a manhã e início de tarde, e respetivas mobilizações no mesmo. No leito foram negociados posicionamentos de fowler, semi-fowler e fowler alto. A alimentação oferecida não foi de encontro às suas necessidades (rica em proteínas), contudo não se conseguiu intervir neste âmbito devido a regras do serviço.
Risco de desenvolvimento de lesões faciais	Que a D <sup>a</sup> S. mantenha a integridade cutânea e não desenvolva lesões	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir a correta colocação da máscara (evitar aperto excessivo, garantindo ausência de fuga);</li> <li>- Aplicar placa adesiva protetora nos locais em contacto</li> </ul>	A D <sup>a</sup> S. manteve uma boa adaptação à VNI, não desenvolvendo quaisquer lesões faciais durante o internamento no SO.

relacionado com máscara de VNI		<p>com a máscara;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar creme hidratante na face quando a utente se encontra sem máscara (pausas para refeição).</li> </ul>	
Risco de desnutrição relacionado com padrão alimentar inadequado (score no MNA de 21)	<p>Adoção de uma alimentação saudável.</p> <p>Que no domicílio a D<sup>a</sup> S. e família reconheçam a importância de uma alimentação adequada.</p> <p>Que no SO sejam distribuídas refeições que satisfaçam as necessidades nutricionais da D<sup>a</sup> S..</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar do Mini Nutritional Assessment para avaliação do estado nutricional;</li> <li>- Conhecer os hábitos alimentares da D<sup>a</sup> S.;</li> <li>- Relacionar risco de desnutrição com tempo de internamento;</li> <li>- Informar a D<sup>a</sup> S. e família sobre hábitos alimentares adequados (nutrientes e ingestão hídrica);</li> <li>- Informar família cerca das alterações gastrointestinais que podem levar a problemas com a ingestão, absorção, reserva de nutrientes e anorexia (polimedicação, depressão, dor, alteração de hábitos e preferências da pessoa, etc) e como contorná-los;</li> <li>- Promover uma adequada higiene oral;</li> <li>- No SO, garantir que as refeições sejam tomadas no cadeirão ou caso não seja possível, subir a cabeceira da cama nas refeições;</li> <li>- Ajudar na atividade de alimentação, substituindo apenas</li> </ul>	<p>Durante o internamento no SO não foi possível oferecer refeições completas (regras do serviço), contudo foi feito ensino á família, no sentido de promover uma saudável nutrição da D<sup>a</sup> S. no domicílio. A filha foi alertada para situações das quais deve estar alerta e referenciar aos profissionais de saúde, assim como as causas de perda de apetite na Pessoa Idosa (tristeza, alterações fisiológicas, prótese dentária não cuidada que retira gosto dos alimentos, diminuição da força da mastigação reduz a variedade de alimentos, etc). Foi por exemplo sugerida a junção de carne ou peixe na sopa, em alturas que a D<sup>a</sup> S. tivesse menos apetite, de modo a garantir a ingestão de proteínas.</p>



		<p>aquilo que a D<sup>a</sup> S. não consegue executar (sopa), respeitando as suas potencialidades e tempo para alimentar-se dos alimentos mais sólidos (fruta);</p> <p>- Propor distribuição de refeições completas, no SO ou a junção de carne ou peixe na sopa.</p>	
<p>Elevado risco de queda relacionado com alteração da mobilidade (score 70 na Escala de Morse)</p>	<p>Não ocorrência de quedas</p>	<p>- Aplicar a Escala de quedas de Morse;</p> <p>- Garantir identificação de risco de queda (pulseira colocada perpendicularmente à pulseira de identificação da utente, como é norma no serviço);</p> <p>- Gerir o ambiente físico (manter elevação das grades, baixar o plano da cama, travar dispositivos de mobilidade, facilitar o uso de próteses oculares, etc);</p> <p>- Assistir nas transferências da cama para o cadeirão e vice-versa.</p>	<p>Não ocorreram quedas e foram garantidas as medidas de prevenção das mesmas.</p>
<p>Parão de sono alterado relacionado com doença aguda e ambiente de cuidados</p>	<p>Que a D<sup>a</sup> S. tenha um padrão de sono adequado</p>	<p>- Conhecer hábitos de sono da utente (refere beber chá antes de dormir);</p> <p>- Evitar permanência na cama durante o dia (evitar que durma durante o dia e não tenha sono à noite);</p> <p>- Manter o nível de ruído noturno baixo;</p> <p>- Desligar luzes durante a noite;</p>	<p>A utente solicitou chá antes de dormir, contudo referiu, no dia seguinte que não conseguiu dormir devido ao barulho.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover silêncio nos corredores durante a noite;</li> <li>- Reduzir as intervenções noturnas (avaliação da pressão arterial mais espaçada, uma vez que se encontrava estável);</li> <li>- Promover o posicionamento confortável durante a noite.</li> </ul>	
Padrão respiratório ineficaz relacionado com o compromisso das trocas gasosas	Recuperar o padrão respiratório habitual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otimizar a adaptação à VNI;</li> <li>- Garantir aporte de oxigenioterapia em momentos de pausa da VNI, por exemplo para realização dos cuidados de higiene ou alimentação;</li> <li>- Manter cabeceira elevada no leito ou promover levantar para cadeirão, de modo a maximizar o potencial ventilatório;</li> <li>- Encorajar uma ventilação lenta e profunda;</li> <li>- Observar alterações do estado mental, frequência cardíaca, ciclos respiratórios, perfusão periférica, reflexo da tosse e náuseas (possível distensão abdominal pela VNI);</li> <li>- Avaliar padrão respiratório;</li> <li>- Incentivar ingesta hídrica;</li> <li>- Administrar terapêutica broncodilatadora (com câmara</li> </ul>	<p>A utente apresentou boa adaptação à VNI, com melhoria do padrão respiratório. Os valores do BiPAP foram alterados pela médica, devido à melhoria clínica e gasimétrica. Manteve o reflexo da tosse eficaz, expelindo secreções.</p>

		<p>expansora) e corticoide prescrita;</p> <p>- Avaliar melhorias no controlo analítico (gasimetria).</p>	
<p>Comportamento ansioso relacionado com inquietude em relação ao ambiente e aos cuidados</p>	<p>Que a utente se apresente mais tranquila,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retirar pulseiras de contenção;</li> <li>- Encorajar a expressão de sentimentos e emoções;</li> <li>- Promover um ambiente tranquilo e mostrar disponibilidade;</li> <li>- Promover distração incentivando a utente a relatar acontecimentos antigos que lhe tragam boas memórias (sobre a sua ida para Londres por exemplo);</li> <li>- Manter uma atitude tranquila e atenciosa;</li> <li>- Facilitar o acesso das visitas (filha e genro) que lhe transmitem serenidade (alargar horário de visita);</li> <li>- Proporcionar conforto e bem-estar;</li> <li>- Esclarecer dúvidas em relação a intervenções e rotinas;</li> <li>- Estabelecer uma relação de confiança.</li> </ul>	<p>Utente releva-se mais tranquila, mantém um diálogo com a enfermeira e com as suas visitas. Na ausência destes apresenta-se serena no cadeirão ou no leito. Chama calmamente pela enfermeira ou toca á campainha, esperando que esta se aproxime.</p>

**Quadro 2 – Planeamento do Projeto de Cuidados da D<sup>a</sup> S.**

## **5ª FASE – ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO**

Esta fase do Modelo de Intervenção em Parceria caracterizou-se pela capacidade que a D<sup>a</sup> S. adquiriu em ter controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde, mantendo-se informada para decidir sobre o que lhe trazia mais conforto e bem-estar (Gomes, 2013).

Foram atingidos sucessos na concretização dos objetivos planeados, nomeadamente a parceria estabelecida com a D<sup>a</sup> S., que possibilitou dar-se a conhecer e conhecer a enfermeira. Desta forma, a utente assumiu que a relação terapêutica compreendeu a consecução de objetivos que trariam benefício à sua saúde e bem-estar, havendo comprometimento de ambos no projeto. A diferença de atitude da utente (entre o que foi passado em ocorrências e o que foi percecionado), permitiu compreender a complexidade das Pessoas Idosas. Os estereótipos e os diagnósticos rápidos e pouco cuidados são inaceitáveis no caso dos idosos. Deve ser feita uma avaliação multidimensional das causas que levam a determinados sinais e sintomas, e numa ação conjunta serem desenvolvidos esforços para a sua resolução em parceria (Gomes, 2013). Esta parceria permitiu alcançar êxitos ao nível da integridade da pele, da prevenção do isolamento social (inclusão da família nos cuidados), da redução da ansiedade, da adaptação à máscara de VNI e à ausência de quedas. Todos estes sucessos permitiram concluir que as intervenções de Enfermagem em parceria evitaram o desenvolvimento de complicações resultantes da hospitalização, como é o caso da imobilidade, das quedas, do desenvolvimento de úlceras por pressão e até das alterações cognitivas (Fulmer, 2007).

Por outro lado, não foi possível estabelecer um plano eficaz que permitisse a prevenção de complicações relacionadas com o sono e a alimentação, descritas na literatura como fatores de risco para o declínio funcional de idosos hospitalizados (Pereira et al, 2004; Sales et al, 2010; Palleschiet et al, 2011). Deparei-me com obstáculos que impediram o meu desempenho enquanto elemento promotor de padrões alimentares saudáveis na Pessoa Idosa. Uma sopa e uma fruta não suprem as reais necessidades nutricionais de uma Pessoa Idosa, contudo não posso desligar-me do papel de estudante, que limitou a alteração de regras do serviço. O modo de contornar esta situação foi garantir que no domicílio a cuidadora dispunha

de informação necessária à adequada alimentação. O problema do sono, relacionado com o nível de ruído no serviço foi outro obstáculo com o qual me deparei. O ruído hospitalar constitui um fator prejudicial para o conforto dos utentes, sendo que vários estudos apontam para as consequências negativas que este apresenta, nomeadamente ao nível dos distúrbios do sono (Pope, 2010). Portanto, é dever do Enfermeiro desenvolver esforços para proporcionar um ambiente tranquilo e confortante, minimizando os ruídos envolventes (Silva, 2006). Foi promovida uma reflexão em equipa que promovesse a discussão sobre este assunto, onde propus algumas intervenções a este respeito. A limitação das conversas nos corredores, a redução do volume dos alarmes e a diminuição do intervalo de avaliação noturna da pressão arterial, foram alguns dos exemplos lançados.

O contexto de urgência assume diversas particularidades, uma delas a rapidez de atuação e curta permanência dos utentes. Contudo a aplicação do Modelo de Parceria de Cuidados foi possível e salutar, constituindo uma base de atuação, onde se obtiveram diversos sucessos e ganhos em saúde. Através de uma filosofia de cuidado em parceria foi possível transmitir a confiança necessária para que a utente aceitasse os cuidados para seu próprio benefício. De igual modo, procurou-se compreender se os familiares dispunham da informação necessária para cuidar da utente. Contudo, devido à curta permanência nesta valência enquanto aluna, tenho consciência que teria sido necessário mais tempo para conhecer a família e até mesmo para continuar a aplicar e avaliar o projeto de cuidados da D<sup>a</sup> S..

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Araújo, F. et al. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde*, 25 (2).
- Bates C. et al (2002). Nutrition and Aging: A Consensus Statement. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 6(2), 103-112.
- Braden, B. J., & Bergstrom, N. (1989). Clinical utility of the Braden scale for predicting pressure sore risk. *Decubitus*, 2(3), 44-51.

- Brucki S. et al (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr*, 61, p.777-81.
- Cordeiro, L. (2011). *Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Costa-Dias, M. & Ferreira, P. (2014). Escalas de avaliação de risco de quedas. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 2 - mai./jun. 2014, 153-16.
- Ferry, M. & Alix, E. (2004). *A nutrição da Pessoa Idosa: aspetos fundamentais, clínicos e psicossociais*. 2ªed. Loures: Lusociência.
- Folstein, M. et al (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198.
- Fonseca, E et al (2015). Cuidados de higiene – banho: significados e perspetivas dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(5), 37-45.
- Frank M, & Rodrigues N. (2006). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 376-87.
- Freitas E. et al (2011). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3-13.
- Freitas R. et al (2012). Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm*, 25(6), 933-9.
- Fulmer, T. (2007). How to Try This: Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 40-48.
- Galdeano, L. et al. (2003). Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio, Ramada: Lusociência. In M. A. Lopes, *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à prática*, 77-113.

- Guedes, A et al (2008). Avaliação nutricional subjetiva do idoso: Avaliação Subjetiva Global (ASG) versus Mini Avaliação Nutricional. *Com. Ciências Saúde*, V. 19(4), 377-384.
- Guerreiro, M. et al (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução da “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (9), 9-10.
- Guigoz Y. et al (2002). Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clinical Geriatric Medicine*. 2002; 18(4), 737- 57.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin? *Revue Perspective Soignante*, 1-20.
- Inouye S. et al (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med.*, 340(9), 669-76.
- Litvoc J, & Brito F. (2004). Capacidade funcional. In: Litvoc J; Brito FC. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 17-35.
- Loureiro, M. (2008). Validação do “Mini-Nutritional Assessment” em idosos. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra.
- Lôbo, R. et al (2010). Delirium. Simpósio: Condutas em enfermagem de clínica médica de hospital de média complexidade - Parte 2 Capítulo IV Medicina (Ribeirão Preto) 2010;43(3), 249-57.
- Moraes E. et al (2010). Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais*, 20(1), 54-66.
- Oliveira, C & Lopes, M. (2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 67-74.
- Oliveira B. et al (2010). Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade - Estudo PENSA. *Ciênc Saúde Coletiva*, 15(3), 851-60.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*.

- Palleschi L. et al (2013). Acute functional decline before hospitalization in older patients. *Geriatr Gerontol Int*, 17(1), 145-176.
- Pereira, E. et al (2014). Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2014; 17(1),165-176.
- Pocinho, M., Farate, C., Dias, C., Lee, T., e Yesavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32 (2), 223-236.
- Pope, D. (2010). Decibels levels and noise generators on four medical/ surgical nursing units. *Journal of clinical Nursing*, Vol.19, 2463-2470.
- Reave, L. (2002). The modification of emotional responses. A problem for trust in nurse-patients relationships? *Nursing Ethics*. 9(5), 465-471.
- Rodriguez J. et al (1999) Deterioro funcional secundário a la hospitalización por enfermedad aguda en el anciano. Análisis de la incidencia e los factores de riesgo asociados. *Rev Clin Esp* 199, 418-423.
- Rodrigues, R. et al (2015). Os muitos idosos: Avaliação funcional multidimensional. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, nº 5, abril, maio e junho.
- Rubenstein, L. (2004). Comprehensive geriatric assessment: from miracle to reality. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59A(5), 473-477.
- Sales M. et al (2010). Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. *Geriatr Gerontol*, 4(4), 238-46.
- Sampaio, S. & Sequeira, C. (2013). Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência III Série* - n.º 9 - Mar. 2013, 125-134.
- Scanlan, B. (2005). The value of comprehensive geriatric assessment. *Care Management Journals*, 6(1), 1-8.
- Sellman, D. (2006) The importance of being trustworthy. *Nursing Ethics*. 13: 2, 105-115.



- Sellman, D. (2007). Trusting patients, trusting nurses. *Nursing Philosophy*. 8, 28-36.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Sforza E. et al (2012). A 3- year longitudinal study of sleep disordered breathing in the elderly. *Eur Respir Journal*, 40(3), 665-72.
- Shmueli, Y. et al. (2001). Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *International Psychogeriatrics*, v. 13, n. 1, p. 63-73.
- Silva, A. (2006). *O ruído na UCIMG*. Boletim do Hospital Pulido Valente. Vol. XIX, nº1, 29-35.
- Teixeira M. (2003). Malnutrição em idosos hospitalizados. In: Livro de Resumos da VI Reunião Anual da A.P.N.E.P. (Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica) - Nutrição, uma Constante da Vida, Aveiro, Maio.
- Vasconcelos, N. (2007). *Avaliação da Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa/MG*. Dissertação de Mestrado. Universidade Vale do Rio Verde.
- Veríssimo, M. (2005). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino, L. C. Pinto, A. Leuschner & J. Barreto, *Psicogeriatría* (pp. 489-498). Coimbra: Livraria Almedina.
- Vieira, L. (2013). Adopt a Strategy in Care to the Elderly for the Promotion of Functional Capacity During Hospitalization. *Journal of Aging & Innovation*, 2(2), 33-44.
- Voyer P, et al (2006). Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006;42(1), 1-20.
- Yesavage J, et al (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*;17, p.37-42.

## **APÊNDICE X – EXEMPLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

# REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

## INTRODUÇÃO

A presente revisão sistemática da literatura (RSL) teve como objetivo a análise e síntese da melhor evidência científica, no que concerne às intervenções de enfermagem que melhor correspondem à adequada intervenção em contexto de violência contra a Pessoa Idosa, no domicílio. No decurso das fases de diagnóstico de situação e execução do projeto de estágio, existiu uma contínua necessidade de pesquisa de informação científica que contribuísse para a concretização dos objetivos e cujas práticas fossem baseadas na evidência. Neste sentido, apresenta-se, a título de exemplo, uma dessas pesquisas científicas.

## Metodologia

A RSL exigiu a formação de uma questão de investigação, a definição do tipo de intervenientes, intervenção, comparação e objetivo (Berwangerl et al, 2007). Este formato edifica-se na estratégia PICO<sup>77</sup>, na qual surge a questão norteadora: “quais as intervenções de enfermagem para a prevenção da violência<sup>78</sup> contra a Pessoa Idosa dependente<sup>79</sup> de familiar cuidador, no domicílio?” (Sackett et al, 1997). A partir desta pergunta, encetou-se o processo de investigação. A revisão considerou estudos escritos em português e inglês, entre 2005 e 2015, que incluíssem pessoas idosas (com 65 ou mais anos), de todas as raças, etnias e nacionalidades, que vivessem na comunidade com apoio de um familiar cuidador. Foram excluídos estudos que incluíssem pessoas com menos de 65 anos, institucionalizadas, ou que vivessem no domicílio, mas sem familiar cuidador. A par disto excluem-se estudos anteriores ao ano de 2005 e noutras línguas, que não as descritas anteriormente.

A pesquisa foi realizada em Setembro e Outubro de 2015, recorrendo à plataforma EBSCO host (CINAHL, Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews, PubMed). Foram utilizados os seguintes descritores CINAHL Headings e Medline MeSH, numa lógica booleana: “elderly” OR “old people” OR “aged” OR “elder” AND “elder abuse” OR “elder mistreatment” OR “domestic violence” AND

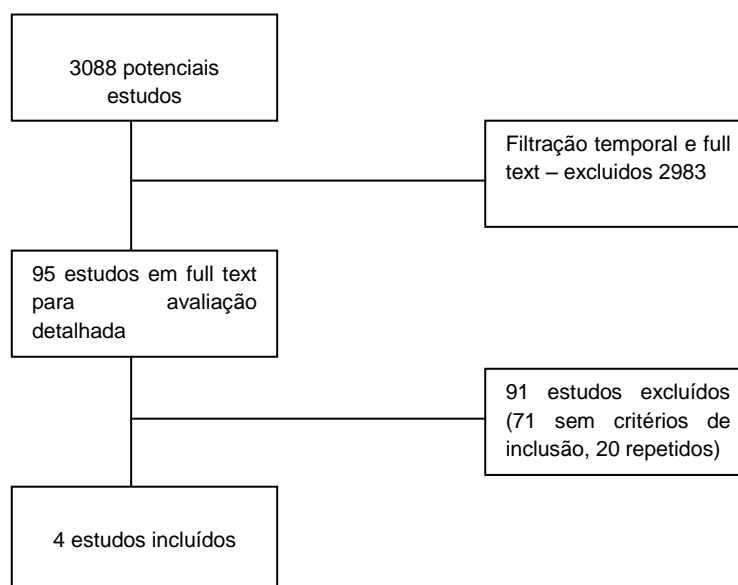
---

<sup>77</sup> paciente – intervenção – comparação e objetivos

<sup>78</sup> Abrangendo-se nesta questão todos os tipos de prevenção.

<sup>79</sup> Abrangido aqui todo o tipo de dependência (física, financeira, ou com perturbações cognitivas).

“caregiver” AND “nursing intervention” OR “prevention” AND “community” OR “home”. Foram considerados todos os documentos que se encontrassem em português e inglês. Inicialmente foram obtidos 3088 artigos, aos quais foi aplicado uma filtração temporal e requisito de texto completo. Foram considerados estudos de qualidade científica publicados e não publicados, entre 2005 e 2015, sob pena de estudos anteriores não se encontrarem atualizados. Daqui resultaram 95 artigos. Após avaliação de títulos e abstracts foram excluídos 42 e 20 encontravam-se repetidos. Da leitura do conteúdo na íntegra, excluíram-se 29, pelo que restaram 4 estudos que obedeceram aos critérios de inclusão e de exclusão (figura 1).



**Figura 1** – Identificação de estudos incluídos

## Resultados

Os critérios de pesquisa conduziram à seleção de 4 estudos, que são resumidos no quadro 1.

Estudo	Síntese
1. Heath, J. et al (2005). Interventions from Home-Based Geriatric Assessments of Adult Protective Service Clients Suffering Elder	<b>Tipo de estudo:</b> Estudo de coorte retrospectivo <b>Participantes:</b> 211 idosos a viverem na comunidade, cuja média de idade rondava os 77 anos (New Jersey) <b>Finalidade:</b> Descrever as intervenções do serviço de proteção de adultos em caso de violência contra idosos <b>Nível de evidência:</b> IV <sup>80</sup>

<sup>80</sup> Segundo Melnyk & Fineout-Overholt, 2010

<p>Mistreatment. <i>American Geriatrics Society</i></p>	<p><b>Resultados:</b> Com base na prévia avaliação do serviço de proteção de adultos, foram identificadas 5 intervenções em caso de violência contra idosos: 46,4% dos idosos receberam cuidados domiciliares (cuidados de saúde por quedas, dor e prejuízos físicos e sensoriais a par com reabilitação e terapia ocupacional), 35,4% foram institucionalizados (por exemplo em lares, em caso de negligência por parte do cuidador), 35,4% ficaram sob tutela do sistema de saúde (em casos de demência e exploração e negligência do cuidador, ressaltando que primeiro é necessário uma formalização de declaração de incapacidade), 25,8% iniciaram medicação urgente (relacionado com perda de peso, dor e picos de HTA) e por fim 19,6 % foram hospitalizados (violência física, perda de peso, dor e depressão)</p> <p><b>Conclusão:</b> A avaliação geriátrica no domicílio do idoso pode contribuir para, pelo menos uma intervenção em caso de violência, em 81% dos casos.</p>
<p>2. Ploeg, J. et al (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. <i>Journal of Elder Abuse &amp; Neglect</i></p>	<p><b>Tipo de estudo:</b> Revisão sistemática da literatura</p> <p><b>Participantes:</b> 10 estudos que consideravam idosos vítimas de violência</p> <p><b>Finalidade:</b> Resumir as intervenções efetivas em caso de violência contra a Pessoa Idosa</p> <p><b>Nível de evidência:</b> I</p> <p><b>Resultados:</b> Descreve intervenções dos estudos incluídos (formação, visitas domiciliares, grupos de apoio psicoeducacional, voluntariado, programas comunitários, apoio legal, serviços sociais e articulação multidisciplinar). Atribui grande relevância à utilização de estratégias preventivas de violência. Refere que existe pouca evidência que suporte as intervenções em caso de violência contra idosos, intervenções com agressores e menção a profissionais de saúde. Existem poucos estudos primários em relação às intervenções em caso de violência e os estudos publicados têm importantes limitações metodológicas</p> <p><b>Conclusão:</b> Necessidade de novos estudos com qualidade metodológica superior.</p>
<p>3. Sandmoe, A. e Kirkevold, M. (2011). Identifying and handling abused older clients in community care: the perspectives of nurse managers, <i>International Journal of Older People Nursing</i>.</p>	<p><b>Tipo de estudo:</b> Estudo qualitativo</p> <p><b>Participantes:</b> 52 participantes (Noruega)</p> <p><b>Finalidade:</b> Conhecer quais as intervenções mais eficazes para identificar e lidar com os casos de violência contra idosos</p> <p><b>Nível de evidência:</b> VI</p> <p><b>Resultados:</b> Nenhum dos participantes reportou o uso de <i>checklists</i>, instrumentos de avaliação ou <i>guidelines</i> para identificar ou reportar casos de violência. As intervenções devem ser interdisciplinares, com base na resolução de problemas e com vista ao maior controlo sob a situação. Deve haver manutenção de sistemas de informação como linhas telefónicas de apoio, assim como o aumento do número de visitas domiciliares. Outra opção é retirar a vítima de casa. Ressalta a necessidade de formação às equipas de cuidados na comunidade, para identificarem e lidarem com situações de violência contra Pessoa Idosa</p> <p><b>Conclusão:</b> Identificar e lidar com esta temática é um desafio para os profissionais, devendo apostar-se na formação dos mesmos.</p>
<p>4. Alon, S. e Berg-</p>	<p><b>Tipo de estudo:</b> Estudo prospetivo observacional</p>

Warman, A. (2014). Treatment and Prevention of Elder Abuse and Neglect: Where Knowledge and Practice Meet - A Model for Intervention to Prevent and Treat Elder Abuse in Israel. Journal of Elder Abuse & Neglect,	Participantes: 558 idosos (Israel) <b>Finalidade:</b> Avaliar a implementação de um modelo de intervenção em caso de idosos vítimas de violência, em três cidades de Israel <b>Nível de evidência:</b> VI <b>Resultados:</b> Com a aplicação de um modelo, os profissionais revelam uma melhoria de intervenção em 66%, e uma redução de 20% os casos de violência. As intervenções identificadas são: aconselhamento individual (vítima, agressor e restante família), intervenção legal (tutela, aconselhamento legal, denúncia), prestação de serviços de apoio às vítimas (prestação de cuidados médicos e de enfermagem, cuidados domiciliários, grupos de apoio e centro de dia) e formação a profissionais. <b>Conclusão:</b> A implementação de um modelo de intervenção seria vantajosa para os profissionais lidarem com a problemática da violência. Recomenda a formação de coligações a nível da comunidade e a nível nacional, de modo a trabalhar-se esta área com uma filosofia interdisciplinar.
--	---

**Quadro 1** – Resumo de resultados obtidos

Os resultados da RSL estão incluídos ao longo do presente relatório, nomeadamente no quadro de referência, assim como proveram suporte às atividades de estágio baseadas na evidência.

### **Avaliação crítica dos estudos**

Após a pesquisa de literatura é necessária uma avaliação crítica da evidência em termos de validade, importância e aplicabilidade. O nível e qualidade da pesquisa têm de ser sujeitos a apreciação crítica, de modo a garantir que a tomada de decisão é suportada pela melhor evidência científica. Neste sentido, o rigor metodológico foi identificado nos estudos incluídos, de modo a garantir a qualidade da RSL (Galvão et al, 2004; Carneiro, 2005; Sampaio & Mancini, 2007; Susan, 2010). Os estudos foram sujeitos à análise de quatro aspetos, consoante a resposta às questões: os são resultados aplicáveis ao contexto? A qualidade do estudo é suficientemente boa para usar os resultados? O que significam esses resultados? O tipo de estudo é adequado à questão? (Newman & Roberts, 2004). Com base na hierarquia da evidência científica para a prática de enfermagem de Melnyk & Fineout-Overholt (2010), os estudos incluídos foram de evidência I, IV e VI.

## Referências Bibliográficas

- Alon, S. e Berg-Warman, A. (2014). Treatment and Prevention of Elder Abuse and Neglect: Where Knowledge and Practice Meet—A Model for Intervention to Prevent and Treat Elder Abuse in Israel, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(2), p. 150-171.
- Berwanger, O., Suzumura, E. A., Buehler, A. M., & Oliveira, J. B. (2007). Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(4), 475-480.
- Carneiro, A. (2005). Avaliação crítica de Estudos Clínicos: Quadros práticos. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 24(4), p.607-614.
- Crato, A. et al (2004). Como realizar uma análise crítica de um artigo científico. *Arquivos em Odontologia*, volume 14 (1), p. 5-32.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(2), 549-556.
- Heath, J. et al (2005). Interventions from Home-Based Geriatric Assessments of Adult Protective Service Clients Suffering Elder Mistreatment, American Geriatrics Society, 53, p. 1538-1542.
- Hopp, L., & Rittenmeyer, L. (2012). *Introduction to evidence-based practice: A practical guide for nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Melnyk, B. & Fineout-Overholt, E. (2010). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Melnyk, B. & Fineout-Overholt, E. (2011). Making the case for evidence-based practice. In Melnyk, B e Fineout-Overholt, E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice* (2ª ed., pp. 3-24). Philadelphia: Wolters Kluwer Health| Lippincott Williams e Wilkins.
- Newman, M. & Roberts, T. (2004). *Apreciação crítica I: É a qualidade do estudo suficientemente boa para utilizar os resultados?* In: Craig, J. e Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*, p. 87-163. Lusociência.
- Ploeg, J et al (2009). A Systematic Review of Interventions for Elder Abuse, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(3), p. 187-210.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenber, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidencebased medicine: How to practice and teach EBM*. Londo: Churcill-Livingstone.

- Sandmoe, A. & Kirkevold, M. (2011). Identifying and handling abused older clients in community care: the perspectives of nurse managers, *International Journal of Older People Nursing* 8, p. 83–92
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89.
- Susan, B et al (2010). Evidence-Based Practice step by step. *AJN*, 110(5), p. 41-47.



## **APÊNDICE XI – ESTUDO DE CASO (ECCI)**

# **A PARCERIA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA DEPENDENTE DE FAMILIAR CUIDADOR**

## **INTRODUÇÃO**

O presente estudo de caso surgiu no decorrer do estágio do 6º CMEMC, que se realizou numa equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) de Lisboa, referindo-se a uma situação complexa de cuidados. O utente em estudo foi o Sr. M.G., referenciado à ECCI por um Hospital de Lisboa, após a alta ter sido protelada por suposto “*caso social*” (SIC). Segundo informação da equipa hospitalar, a esposa recusou aceitar a alta do marido durante 30 dias, não tendo sido transmitido o motivo. Foi relatado que o utente se encontrava no domicílio há dois dias e foi solicitado o apoio da ECCI, nomeadamente da equipa de Enfermagem para avaliação da evolução de uma flictena no calcâneo esquerdo e de Fisioterapia, para a realização de exercícios e reabilitação funcional. Tendo em conta os objetivos de estágio, optou-se pela realização de um estudo de caso desta situação, pela sua envolvimento e complexidade.

A escolha da metodologia de estudo de caso surgiu com a finalidade de compreender em profundidade uma situação social, um problema ou uma realidade social (Abreu, 2001). Pretendeu-se igualmente espelhar a apropriação do Modelo de Parceria de Cuidados (Gomes, 2013), tendo em conta as especificidades relacionadas com o projeto de vida e de saúde da pessoa, assim como as particularidades inerentes à faixa etária em que esta se encontra. Este modelo tem como pressupostos o estabelecimento de uma relação de confiança, de partilha de poder e negociação (Gomes, 2013).

Pretendeu-se desenvolver competências de especialista na melhoria contínua dos cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente no cuidado à Pessoa Idosa em contexto domiciliário, prevenindo fatores que possam afetar o equilíbrio no seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2009; OE, 2010). Nesta ordem de ideias, acoplou-se a preocupação em estabelecer uma parceria nos cuidados com a cuidadora informal, de modo a prevenir o risco de condutas

negligentes, ainda que involuntariamente. Neste sentido, interveio-se numa ótica de prevenção primária da violência, através da atuação nos fatores do risco.

Assim, para a concretização deste trabalho foram predefinidas metodologias, capazes de concretizar os objetivos propostos, tais como a investigação, a colheita de informação, o exame físico, a aplicação de escalas validadas e a parceria de cuidados com o Sr. M. e a cuidadora, D<sup>a</sup>. L.. Ao longo do seu desenvolvimento respeitaram-se os princípios éticos a que a Profissão obriga, tendo em consideração os artigos 85º e 86º do Código Deontológico do Enfermeiros, que se referem à obrigação de assegurar o sigilo e a intimidade da pessoa em estudo e sua família, sendo os nomes citados por iniciais. Tais trâmites, foram explicadas ao Sr. M. e sua esposa, que aceitaram e consentiram verbalmente.

De seguida é descrito o caso em estudo, assim como o projeto de cuidados delineado para o Sr. M e sua cuidadora, através de uma metodologia descritiva e reflexiva, estruturado segundo as cinco fases do Modelo de Intervenção em Parceria: Revelar-se, Envolver-se, Capacitar ou possibilitar, Comprometer-se e Assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado ao Outro (Gomes, 2013).

## **1ª FASE – REVELAR-SE**

Iniciou-se a primeira fase integrante da construção do Processo de Parceria de Cuidados, caracterizada pelo conhecimento da pessoa (utente/cuidador e enfermeira) (Gomes, 2013). Neste sentido procurou-se conhecer o Sr. M.G., a sua cuidadora, assim como o seu contexto de vida socioeconómico, a sua história de saúde e doença, assim como o significado que a esta assume na vida de ambos. Tomou-se consciência de que as respostas não seriam obtidas todas num único contacto, antes pelo contrário, seria necessário *dar tempo e espaço* para a construção e consolidação de uma relação de confiança (Gomes, 2013).

Utilizou-se uma atitude acrítica, livre de julgamentos, que permitisse a partilha de sentimentos e da história de vida, de forma a que ambos não se sentissem julgados (principalmente a esposa, uma vez que por não ter trazido o marido do hospital, poderia sentir que a ida da equipa seria uma arguição). Contudo, houve a

convicção de que, se este sentimento existia, ele seria abolido através do desenvolvimento de uma relação de parceria, que desmistificasse estereótipos e maximizasse as capacidades de ambos (Gomes, 2013).

Procurou-se perceber o estado funcional do Sr. M. antes do episódio de agudização e no momento de alta, assim como a razão pela qual a esposa “recusou” a alta do marido. Teria ela condições e conhecimentos suficientes para cuidar do Sr. M.? A breve descrição por parte da EGA hospitalar<sup>81</sup>, traduz a clara necessidade de apoio e cuidado de Enfermagem, não apenas para avaliação de uma zona corporal, mas sim de diversas dimensões da pessoa que poderiam estar em risco, nomeadamente o conforto, a garantia de cuidados e o bem-estar mental do Sr. M.. A par disso, a monitorização das causas de recusa de alta seria fundamental, para despiste de situações negligentes por parte da cuidadora. Esta foi igualmente foco de atenção e incluída no projeto de cuidados (Gomes, 2013).

Procedeu-se à apresentação da equipa e explicação da razão de nos ter sido referenciado o Sr. M.. A esposa parecia receosa quanto à nossa ida, e tentava inquietamente explicar o porquê de não ter recebido a alta do marido de forma apraz. Referiu que *“no hospital disseram que eu não queria trazer o meu marido, mas como é que eu podia?!”* (SIC). Foi explicado à D<sup>a</sup> L. que a nossa ida seria mais frequente, com o objetivo de perceber quais as suas dificuldades e de, em conjunto, ser delineado um plano de cuidados onde todos se comprometeriam a esforçar-se para atingir os objetivos propostos (Gomes, 2013). Sublinhou-se o facto dos elementos da equipa não serem juízes, mas sim parceiros na transição em que ambos se encontravam e que, numa ação conjunta, avaliariam as limitações e as potencialidades do Sr. M., de forma a contribuir para a melhoria possível do seu estado de saúde e bem-estar.

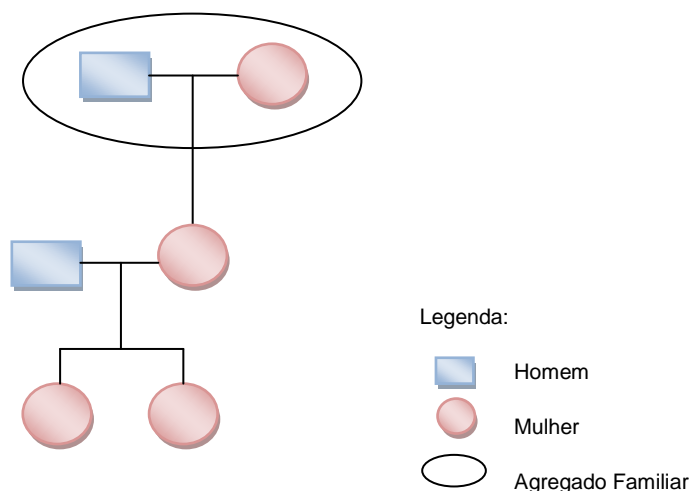
Na primeira visita domiciliária (VD), encontrou-se o Sr. M. num quarto pequeno, que foi adaptado para a colocação de uma cama articulada. Encontrava-se orientado no tempo, espaço e pessoa e pouco comunicativo, respondendo a questões simples. Preferiram-se questões abertas, em vez de questões

---

<sup>81</sup> A Ega é uma equipa hospitalar multidisciplinar que tem como função a preparação e a gestão de altas hospitalares, de utentes que necessitem de seguimento dos seus problemas de saúde e consequente articulação com os serviços de saúde, quer no domicílio, quer em unidades de cuidados, como as de convalescença, média duração e reabilitação (Dec. Lei nº 101/2006).

direcionadas, que levassem a respostas curtas do tipo “sim e não”, e conduzissem ao sentimento de questionário que nada favoreciam a continuação de um diálogo aberto. O posicionamento do Sr. M. não se encontrava sob a perspetiva de proteção das zonas de pressão. Tinha um colchão de pressão alternada que se encontrava desligado e uma pequena televisão ao lado da cama. Alertou-se para a importância da monitorização periódica do motor do colchão, de modo a verificar se este se encontrava em perfeito funcionamento. Deixou-se o contacto da ECCI para o caso da esposa necessitar de algo ou esclarecer alguma dúvida.

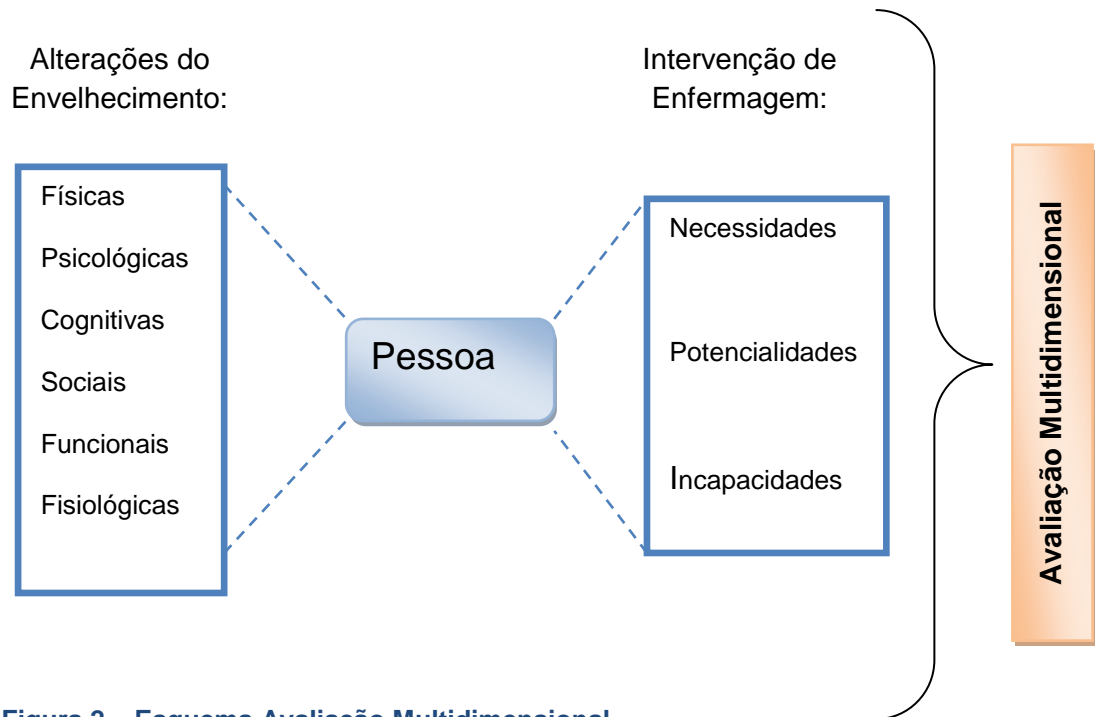
Ao longo das VD's foi-se conhecendo o Sr. M.. Um senhor de 70 anos, casado com a D<sup>a</sup> L. e coabitando com ela em Lisboa, num apartamento T2, comprado por ambos, há alguns anos atrás. A habitação situa-se no 3<sup>o</sup> andar, não dispondo de elevador e reunindo condições de salubridade. O casal tem uma filha, já casada e duas netas menores (figura 1). O Sr. M. é reformado há 14 anos, tendo trabalhado 30 na Industria Hoteleira. Tem a antiga 4<sup>a</sup> classe, sabendo ler e escrever.



**Figura 1 – Genograma da Família G.**

Em virtude da variedade de problemas que podem afetar os idosos, estes devem ser sistematicamente avaliados numa perspetiva global (Rodrigues et al, 2015). Neste sentido, para planificar intervenções junto do Sr. M., que visassem a melhoria do seu estado de saúde e de bem-estar, foi necessária uma *avaliação multidimensional* que permitiu avaliar, para além do seu estado de saúde física e mental, os seus recursos sociais e económicos, tendo igualmente em consideração a multiplicidade de diagnósticos de saúde e o impacto na sua vida (incapacidades e potencialidades). A par disso, englobou igualmente a compreensão das alterações

físicas, psicológicas e sociais do envelhecimento, a par com as morbilidades associadas (figura 2).



**Figura 2 – Esquema Avaliação Multidimensional**

A avaliação geriátrica multidimensional foi assim, a resposta mais eficaz, não só para a compreensão dos problemas, mas também para conhecer e priorizar as necessidades do Sr. M. (Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005; Veríssimo, 2005; Ferreira et al., 2006). Neste sentido, é de seguida apresentada a avaliação geriátrica global, feita nesta fase da aplicação do Modelo de Parceria de Cuidados (Gomes, 2013).

### **Exame objetivo geral:**

Um dos instrumentos fundamentais da Enfermagem é o processo de observação que permite a colheita de dados relevantes para a intervenção, incluindo, para além da observação sistemática, o julgamento clínico e a priorização das necessidades (Visconde, 1999). Já Nightingale (1989) no século passado, demonstrava a sua preocupação com o ensino da observação aos enfermeiros, ao relatar que este é o verdadeiro e o mais importante desafio na prática de Enfermagem.

O Sr. M. apresentava-se deitado no leito, vígil, com abertura espontânea dos olhos, resposta verbal orientada e cumpria ordens quando solicitado (score 15 na

Escala de Coma de Glasgow). Apresentava a pele hidratada e o tempo de persistência da prega cutânea aumentado, o que sugeria perda de elasticidade e de gordura subcutânea, normal do processo de envelhecimento. Estavam presentes manchas senis hiperocrômicas, principalmente nos membros superiores, sem varizes ou flebites. Com a perda de tecido subcutâneo acentuaram-se as proeminências ósseas, essencialmente nos ombros, mãos e pernas. Foi igualmente visível a hipertrofia das células de pigmentação e a palidez da pele provavelmente associada à perda de capilares e de melanócitos consequentes do processo de envelhecimento, uma vez que a hemoglobina à saída do Hospital se encontrava dentro de valores normais (13 g/dl). Apresentava alopecia senil, essencialmente ao nível superior da cabeça.

Ao nível do calcâneo esquerdo apresentava uma lesão superficial necrosada seca, devido a uma flictena anterior. Foi desbridado cirurgicamente o tecido necrótico, expondo o tecido de epitelização já existente. Encontrava-se não exsudativo e com boa evolução cicatricial. Segundo as últimas recomendações científicas, foi colocado um hidrofílm e explicou-se acerca da necessidade e das formas de alívio de pressão dessa zona (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009).

Apresentava-se eupneico, sem acessos de tosse. A tensão arterial avaliada foi de: 100/60mmHg, 75 bpm, e encontrava-se apirético (36,8°C) e sem dor. Os hábitos intestinais não tinham alterações e apresentava bom débito urinário (incontinência presente pelo que usava fralda).

Os recetores sensoriais pareciam diminuídos, refletindo-se em alterações na percepção da temperatura, que se traduzia no uso de um grande número de roupa de cama (grande número de cobertores, mantas e colchas). Referiu acufenos, que poderiam estar relacionados com a degenerescência progressiva do nervo auditivo, associada ao processo de envelhecimento.

Apresentava sequelas motoras e sensitivas no hemicorpo esquerdo, nomeadamente espasticidade severa, tendência para manter a flexão da mão esquerda, musculatura hipotrófica e perda de mobilidade nas articulações femorotibial, tibiotársica e coxofemoral.

Tendo em conta a elevada prevalência de limitações funcionais, tornou-se necessária a utilização sistemática de instrumentos específicos que fornecessem informação sobre a capacidade funcional, de modo a compreender as limitações e adaptar o plano de cuidados às reais necessidades do Sr. M. (Saliba et al., 2008).

### **Avaliação funcional global**

Optou-se por recorrer ao Índice de Barthel, um instrumento para a avaliação da independência funcional e mobilidade (Litvoc & Brito, 2004), validado para a população portuguesa por Araújo et al (2007), sendo um instrumento que avalia a independência na realização de dez atividades básicas de vida, são elas: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambulação, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas (Sequeira, 2007; Menoita, 2012). Após aplicação do mesmo (tabela 1), obteve-se um resultado de 5, que confirmou a sua dependência total nas AVD's.

<b>Atividade Básica de Vida</b>	<b>Valor</b>
Alimentação	5 (necessita de grande ajuda)
Higiene pessoal	0 (É incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspetos)
Uso de sanitário	0 (necessita de ajuda total)
Banho	0 (totalmente dependente)
Vestuário	0 (dependente em todos os aspetos)
Controlo de esfíncter urinário	0 (incontinente)
Controlo de esfíncter fecal	0 (necessita de ajuda total)
Mobilidade	0 (no leito)
Transferência cadeira/cama	0 (incapaz)
Escadas	0 (incapaz)
<b>Total</b>	<b>5 (dependente total)</b>

**Tabela 1 – Resultado da aplicação do Índice de Barthel**

De modo a avaliar a autonomia do Sr. M. na realização das atividades de vida em comunidade, ou seja as atividades instrumentais de vida diárias (AIVD's), recorreu-se ao Índice de Lawton-Brody (tabela 2), validado para a população portuguesa por Sequeira (2007). Este instrumento é constituído por oito atividades



instrumentais, nomeadamente: preparar as refeições, realizar tarefas domésticas, lavar a roupa, capacidade de uso do telefone, ir às compras, usar meios de transporte, gerir a medicação e o dinheiro. No caso dos homens não se contabilizam a preparação das refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa, sendo os resultados finais diferentes em caso de género (GERMI). A pontuação máxima, para os homens é de 5 pontos e a mínima de 0, que corresponde à dependência total. A aplicação do Índice de Lawton-Brody resultou num valor 0, que corresponde à dependência total.

Atividade Instrumental de Vida	Valor	Atividade	Valor
Utilização do telefone		Lavagem da roupa	
1 Utiliza o telefone por iniciativa própria		1 Lava sozinho toda a sua roupa	
1 É capaz de marcar bem os números familiares		1 Lava sozinho pequenas peças de roupa	
1 É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar	1	0 A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros	
0 Não é capaz de usar o telefone			
Fazer compras		Utilização de transportes	
1 Realiza todas as compras necessárias independentemente		1 Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro	
0 Realiza independentemente pequenas compras		1 É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte	
0 Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra		1 Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado	
0 É totalmente incapaz de comprar	0	0 Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros	
Preparação das refeições		0 Não viaja	0
1 Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente		Gestão da medicação	
0 Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos		1 É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas	
0 Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada		0 Toma a medicação se a dose é preparada previamente	
0 Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições		0 Não é capaz de administrar a sua medicação	0
Tarefas domésticas		Gestão do dinheiro	
1 Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)		1 Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho	

1 Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama		1 Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco	
1 Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza		0 Incapaz de manusear o dinheiro	<b>0</b>
0 Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas			
0 Não participa em nenhuma tarefa doméstica			
RESULTADO	<b>1</b>	<b>Dependência total</b>	

**Tabela 2 – Resultados da aplicação do Índice de Lawton-Brody**

Instrumentos de avaliação de equilíbrio (como a escala de Tinetti), de quedas (como a escala de Morse) e de marcha (como a escala de avaliação de Holden), não foram considerados inicialmente, pelo facto do Sr. M. não fazer levantar. Optou-se por aguardar pela avaliação da Fisioterapia e conhecimento de posterior plano terapêutico<sup>82</sup>.

O Sr. M. tinha apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) três vezes por dia, obtido através do hospital. As cuidadoras formais procediam aos cuidados de higiene e conforto, mudança de fraldas e posicionamentos. Segundo a esposa, a mesma não conseguia proceder à mobilização do marido devido aos seus antecedentes pessoais de hérnia discal e uma cirurgia à coluna lombar, pelo que os posicionamentos eram realizados unicamente pelas cuidadoras formais. Tal significava que apenas eram efetivados três posicionamentos ao longo do dia.

De modo a avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, foi aplicada a Escala de Braden (tabela 3). Concluiu-se que o Sr. M. apresentava um elevado risco de comprometimento da integridade cutânea, pelo que se iniciou a negociação com a esposa em relação à possibilidade de realizar pequenos posicionamentos no intervalo do apoio domiciliário, que não lhe afetassem a sua saúde. Algumas das sugestões incluíram a colocação de almofadas na região lombar e membros inferiores, de modo a aliviar a pressão nos calcâneos, região sagrada e omoplatas. Após os cuidados de higiene matinais, normalmente o Sr. M. ficava posicionado em decúbito dorsal. Questionou-se a D<sup>a</sup>. L. se seria capaz de colocar a almofada na região lombar, ao mesmo tempo que foi exemplificado,

<sup>82</sup> Durante esta fase, o plano fisioterapêutico englobava exercícios de fortalecimento de musculatura no leito.

pedindo ao Sr. M. que se virasse para o seu lado esquerdo (uma vez que apresentava força mantida no hemicorpo direito e conseguia com facilidade adotar este posicionamento).

Dimensão	Resultado
Percepção sensorial	3. Ligeiramente limitada (Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição; tem limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto nos membros superior e inferior)
Humidade	3. Pele ocasionalmente húmida (A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia)
Atividade física	1 Acamado (confinado ao leito)
Mobilidade	2 Muito limitada (Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho)
Nutrição	3 Adequada (Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido)
Fricção e forças de deslizamento	1 Problema (Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar)
<b>Total</b>	<b>13 (alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão)</b>

**Tabela 3 – Resultado da aplicação da Escala de Braden**

As sugestões agradaram à D<sup>a</sup> L., uma vez que referiu “*assim consigo fazer, sem problema*” (SIC). A meio da manhã e no final da noite a esposa passou a realizar este posicionamento, aumentando o número de alternâncias de decúbito do Sr. M. com sucesso (tabela 4).

Período de tempo	Posicionamento	Executante
Manhã (8H)	Decúbito dorsal	Cuidadoras formais
Meio da manhã (11H)	Decúbito lateral esquerdo	D <sup>a</sup> L.
Após almoço (14:30H)	Decúbito lateral direito	Cuidadoras formais
Lanche (18H)	Decúbito dorsal	Cuidadoras formais
Ceia (21H)	Decúbito lateral esquerdo	D <sup>a</sup> L.

**Tabela 4 – Sugestão de esquema de alternâncias de decúbito do Sr. M.**

Discutiu-se igualmente esta problemática com as cuidadoras da SCML, de modo a que colaborassem num esquema de posicionamentos (sendo os decúbitos laterais esquerdos executados pela D<sup>a</sup> L.). O calcâneo cicatrizou por completo e foi

retirado o hidrofílm colocado na primeira VD. Foi sugerida e explicada a importância da hidratação corporal. Apesar do elevado risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, a ação conjunta da parceria de cuidados permitiu que a integridade cutânea se mantivesse.

### **Alimentação e Nutrição:**

A digestão e a mastigação não se encontravam afetadas, apesar da falta de algumas peças dentárias (não usa prótese). Não apresentava disfagia, náuseas ou vômitos. Referia apetite, apesar das alterações ao nível das papilas gustativas que ocorrem com a idade. Ingeria mais de três copos de água por dia. A nível alimentar, não apresentava restrições (apesar de antecedente pessoal de hipertensão arterial) e necessitava de ajuda para essa atividade de vida, nomeadamente para colocar o prato à frente e cortar os alimentos. Conseguia alimentar-se autonomamente com a mão dominante, apesar de ter dificuldades na ingestão de alimentos líquidos, como a sopa (necessitando de ajuda total para este tipo de alimentos). Contudo era a esposa que o alimentava em todas as situações. Foi sugerido que a D<sup>a</sup>. L. apenas assistisse naquilo que o Sr. M. não conseguisse realizar autonomamente, como os alimentos líquidos, deixando o Sr. M. alimentar-se apenas com supervisão, dos alimentos consistentes (prato). Desta forma respeitou-se as potencialidades e promoveu-se o *empowerment* das capacidades do Sr. M. (DGS, 2012; Gomes, 2013).

Recorreu-se ao Mini Nutritional Assessment (MNA), por forma a detetar o risco ou a presença de malnutrição do Sr. M.. O questionário foi colocado ao utente e à sua esposa (tabela 5). A primeira parte do questionário (triagem) originou um resultado inferior a 11, significando risco de desnutrição, pelo que se procedeu à continuação do preenchimento do questionário, como indica a instrução do mesmo. Para a determinação do IMC não foi possível utilizar o peso do Sr. M.<sup>83</sup>, pelo que se utilizou como alternativa o perímetro da perna<sup>84</sup>

Após algumas visitas, percebeu-se que a alimentação do Sr. M. se resumia a “sopa à noite, e às vezes ele pede cereais com leite e é isso que lhe dou” (SIC). Foi

---

<sup>83</sup> Utente não fazia levante e a par disso, não havia balança.

<sup>84</sup> Segundo instruções do preenchimento do questionário (Nestlé, 2009), se o perímetro da perna for inferior a 31 cm, corresponde a 0 pontos e se superior ou igual a 31 cm corresponde a 3 pontos.

explicado à esposa que as necessidades nutricionais do Sr. M. não eram satisfeitas sem o aporte adequado de proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas e minerais, e que manter uma adequada alimentação era crucial para o bom estado nutricional.

Triagem	Valor
A Nos últimos 3 meses não houve diminuição da ingesta alimentar	2
Não houve perda de peso nos últimos 3 meses	3
Sr. M. encontra-se restrito ao leito	0
Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses	0
Sem evidência de problemas psicológicos	2
IMC	0
<b>Total</b>	<b>7</b>
Avaliação Global	
Vive na sua própria casa	1
Utiliza mais de 3 medicamentos diferentes	0
Apresenta uma lesão da pele	0
Faz 5 refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia)	2
Consome pelo menos uma porção diária de leite ou derivados e duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos (leite com bolachas à noite)	0.5
Consome duas ou mais porções diárias de fruta ou hortaliças (almoço e ao lanche, que ingere fruta e pão com doce)	1
Consome pelo menos 3 copos de líquidos por dia	0
Não é capaz de se alimentar sozinho	0
Não sabe dizer se tem algum problema nutricional	1
Em comparação com outras pessoas da mesma idade, não sabe classificar comparativamente a sua própria saúde	0.5
Perímetro braquial >22	1
Perímetro de perna <31	0
<b>Total Final</b>	<b>14 desnutrido</b>

**Tabela 5 – Resultado da aplicação do Mini Nutritional Assessment (MNA)**

Independentemente da causa, a má alimentação contribui significativamente para o aparecimento de complicações nos idosos, entre as quais se identificam as

infecções, úlceras por pressão, agravamento de doenças crónicas e alterações de consciência (Loureiro, 2008). Assim, a nutrição do idoso assume certas características particulares (Malcata, 2003). Estas constaram no plano de cuidados negociado com o Sr. M. e a D.<sup>a</sup> L.. Os problemas relacionados com a alimentação deviam-se ao défice de conhecimentos das necessidades nutricionais, que por exemplo levavam a D.<sup>a</sup> L. a optar por jantares de cereais uma vez que era o que o Sr. M. lhe pedia. A par disso, as dificuldades económicas (relatadas a frente), poderiam também ter alguma influência. Nesta altura já se tinha contactado e incluído a assistente social na avaliação e intervenção no caso.

De modo a que o plano alimentar do Sr. M. fosse aceite por ambos, a sua negociação teve em conta: os gostos e preferências do utente, foi realista em termos económicos e facilmente aplicável pela esposa. Foi-lhe explicado que com o envelhecimento, existe uma diminuição gradativa do metabolismo basal, contudo tal não significaria que se devessem omitir refeições, ou alterar os jantares por cereais. Percebeu-se o facto da D.<sup>a</sup> L. considerar e atender os pedidos do marido, contudo explicou-se a importância da ingestão proteica para a cicatrização das úlceras e suprimento as necessidades nutricionais do Sr. M.. O plano alimentar negociado consistiu em seis refeições por dia, onde à noite, uma vez que era hábito do Sr. M. comer só sopa, esta passou a incluir carne ou peixe passados, tornando-a rica em proteínas. Deste modo aliou-se as necessidades do Sr. M. às suas preferências e hábitos de vida, resultando uma ação negociada de sucesso, visto que a D.<sup>a</sup> L. passou a colocar carne na sopa, facto que agradou ao Sr. M.. Estas sugestões foram igualmente de encontro às recomendações da DGS (2004), que reconheceram no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, a importância da intervenção da Enfermagem na informação e sugestão de padrões alimentares saudáveis a esta população.

### **Estado cognitivo:**

De modo a avaliar a função cognitiva do Sr. M., procedeu-se à aplicação do Mini-Mental State Examination (MMSE). Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al (1994). O MMSE permite o rastreio do défice cognitivo, avaliando sete funções: a orientação temporal, a orientação espacial, a memória, a atenção e cálculo, a evocação, a linguagem e a capacidade

construtivo-visual. As funções recebem uma pontuação máxima de 30 pontos, correspondendo esta a um bom desempenho cognitivo, sendo uma pontuação de zero, equivalente a um alto grau de déficit (Folstein et al, 1975). O resultado tem em conta a escolaridade da pessoa, sendo que no caso do Sr. M., o resultado de 26 (tabela 6) não foi sugestivo de déficit cognitivo (Folstein et al, 1975; Brucki et al, 2003; Frank et al, 2006; GERMI). Com a aplicação deste teste concluiu-se igualmente que o Sr. M. apresentava a perda da capacidade de escrita.

Área de Estudo	Descrição	Pontuação
Orientação Temporal e Espacial (um ponto por cada resposta correta)	Ano	1
	Mês	1
	Dia	1
	Dia da semana	1
	Estação do ano	1
	País	1
	Distrito	1
	Terra	1
	Andar	1
	Casa	1
Retenção (um ponto por cada palavra correta)	Repetir pera, gato e bola	3
Atenção e cálculo (5 resposta, um ponto por cada resposta correta)	Subtrair: $30-3=\underline{27}$ -3= $\underline{24}$ -3= $\underline{21}$ -3= $\underline{18}$ -3= $\underline{X}$	4
Memória e Evocação (repetir palavras anteriores, um ponto por cada)	Pera, gato	2
Linguagem (nomear dois objetos mostrados)	Relógio e caneta	2
Repetição	“o rato roeu a rolha”	1
Cumprir ordens	Pegar na folha com a mão direita, ver o que tem e devolver com a mesma mão	3
Ler e executar	“Feche os olhos”	1
Escrever uma frase completa	Não consegue	0
Habilidade construtiva (copiar dois pentágonos)	Não consegue	0
<b>Pontuação Total</b>	<b>26 - sem déficit cognitivo</b>	

**Tabela 6 – Resultado da aplicação do Mini-Mental State Examination (MMSE)**

**Estado emocional:**

Com o envelhecimento, ocorrem alterações nas condições de saúde, sociais e económicas que podem comprometer a qualidade de vida da Pessoa Idosa (Vasconcelos, 2007). Este cenário pode dar início a uma destruturação psíquica, levando a depressão (Shmuely, 2001). Neste sentido, recorreu-se à escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, um instrumento amplamente utilizado na avaliação de aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados em caso de depressão nos idosos. Esta escala tem uma versão completa com 30 questões e uma versão curta com 15. Pela envolvimento da situação sociofamiliar e do estado de saúde do Sr. M., optou-se por aplicar a versão reduzida da escala de Depressão Geriátrica (GDS -15) (Yesavage et al, 1983), que se encontra igualmente validada pelo autor e os seus resultados são sobreponíveis aos da versão completa. Em Portugal a GDS, foi validada e adaptada por Pocinho, et al (2009). A informação foi obtida através do questionário direto ao Sr. M.. As 15 questões têm uma resposta dicotómica (sim ou não), sendo que as respostas sugestivas da existência de depressão são pontuadas com o valor de 1. Da aplicação da GDS-15 (tabela 7), surge o resultado 7, que sugere a existência de depressão ligeira.

Questão	Resposta
1 Está satisfeito com a sua vida?	Sim
2 O Sr. M. deixou de lado muitas das suas atividades e interesses?	Sim
3 Sente que sua vida está vazia?	Sim
4 Sente-se aborrecido com frequência?	Não
5 Sente-se de bom humor na maioria das vezes?	Sim
6 O Sr. M. teme que algo de mau lhe aconteça?	Não
7 Sente-se feliz na maioria das vezes?	Sim
8 Sente-se frequentemente desamparado?	Não
9 Prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?	_____
10 Sente que tem mais problemas de memória que antes?	Sim
11 Pensa que é maravilhoso estar vivo?	Sim
12 Sente-se inútil?	Sim



13 Sente-se cheio de energia?	Não
14 Sente-se sem esperança?	Sim
15 Acha que a maioria das pessoas estão melhores do que o senhor?	Sim
<b>Resultado Final:</b>	<b>7 depressão ligeira</b>

**Tabela 7 – Resultado da aplicação da GDS-15**

A depressão nos idosos é um sério problema de saúde, que muitas vezes se encontra subdiagnosticado, sendo confundido com outras alterações do envelhecimento. Os idosos podem apresentar sintomas somáticos, ansiedade ou até défice cognitivo, tornando-se um desafio o diagnóstico da depressão nesta faixa etária (Tourigny-Rivard et al, 2006). Neste sentido, importa articular com o apoio de Psicologia e com o médico assistente, de modo a existir uma avaliação integrada desta situação. Percebeu-se posteriormente que o Sr. M. não possuía médico de família e, devido a processos de reestruturação não existia ainda um psicólogo na ECCI. A problemática da inexistência de médico na ECCI está muitas vezes presente, confrontando os enfermeiros com a necessidade de decisão unidisciplinar *in loco* de situações complexas de saúde. A decisão clínica do enfermeiro é, portanto colocada à prova todos os dias, sendo este o profissional de saúde mais próximo e competente para a realizar. Contudo, muitas situações saem das competências de Enfermagem, como é o caso da elaboração de um diagnóstico médico e a possível prescrição de medicação, se necessário<sup>85</sup>. Seria importante a avaliação médica precoce, de modo a evitar o avançar da doença, assim como o apoio psicológico ao casal, que ficou, no entanto pendente até chegada desse profissional de saúde.

### **Sono e repouso:**

No que respeita ao sono e repouso, a esposa referiu que certos dias o Sr. M. acordava durante a noite a chamar por ela, porém outros dormia cerca de 8 horas. As fases do ritmo biológico do sono no caso dos idosos modificam-se, fazendo sonos menos longos e profundos (estadio 4) e mais sonos ligeiros (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Verificou-se que as alterações dos ciclos de sono eram esporádicos, não havendo factos para identificar um problema. Contudo,

<sup>85</sup> Caso a ECCI possuísse apoio médico, este realizaria as VD's. Como tal não se verificava, quando necessário era contactado um médico da UCSP.

informou-se a esposa que deveria ficar atenta à qualidade do sono e repouso do marido e informar a equipa no caso de novas alterações.

### **História anterior de doença:**

O Sr. M. tem antecedentes pessoais de colecistite, coledocolitíase, insuficiência cardíaca e cirrose hepática, segundo o processo de origem etanólica. Quando questionada a esposa, esta refere que o marido “*sempre bebeu bebidas brancas ao fim-de-semana, mas nunca vi aquele homem bêbado*”. Não apresenta alergias conhecidas.

Há 13 anos, o Sr. M. teve um AVC isquémico, com hemiparesia sequelar esquerda, fibrilação auricular e hipertensão arterial. Foi internado e, durante o internamento apresentou uma insuficiência respiratória, com necessidade de ventilação mecânica e uma insuficiência renal, com necessidade de realização de sessões de hemodiálise. No momento da alta apresentava algumas limitações, como a diminuição da força no hemicorpo esquerdo, tendo realizado fisioterapia e conseguido recuperar funções como andar, apesar de necessitar de auxílio de andador. Não houve alterações na fala e o domicílio não necessitou de qualquer tipo de adaptação. Contudo necessitava da ajuda da esposa nas AVD's. A terapêutica era da responsabilidade da D<sup>a</sup> L. e a medicação habitual incluía (tabela 8):

Medicamento	Frequência
Triflusal 300 mg	Pequeno-almoço e jantar
Trental ®	Pequeno-almoço e jantar
Furosemida	Em jejum, 3 vezes por semana
Lanoxin 0.25 mg ®	Pequeno-almoço
Concor 5mg ®	3 Vezes por semana
Captopril ® 25 mg	Pequeno-almoço

**Tabela 8 – Medicação anterior do Sr. M.**

O Lanoxin® pertence ao grupo farmacêutico dos Cardiotónicos e é um digitálico indicado no tratamento da insuficiência cardíaca crónica, especificamente quando acompanhada por fibrilhação auricular. A tendência dos idosos para a insuficiência renal e reduzida massa muscular, influencia de tal modo a

farmacocinética de Lanoxin® que pode originar com facilidade níveis séricos de digoxina elevados e toxicidade associada. Neste sentido devem ser monitorizados com frequência os níveis séricos do medicamento, através de análises sanguíneas, especialmente devido aos antecedentes pessoais de doença renal e respiratória, a par como o aumento da idade. Quando questionada a D<sup>a</sup> L., sobre a frequência da realização deste tipo de análises, esta refere que as idas ao médico eram apenas para “*passar receitas, até porque não tinha médico de família há 3 anos*”. O triflusal pertence a um grupo de fármacos denominados antiagregantes plaquetários, que evitam a formação de coágulos que podem obstruir os vasos sanguíneos, sendo portanto um medicamento que previne secundariamente o evento cardiovascular anterior. A substância ativa de Concor® é o bisoprolol. Este pertence ao grupo dos beta-bloqueantes e atua alterando a resposta do organismo a alguns impulsos nervosos cardíacos. Como resultado, o bisoprolol diminui a frequência cardíaca e, por sua vez, aumenta a eficiência do coração no bombeamento de sangue. Ao mesmo tempo, diminui as necessidades sanguíneas e o consumo de oxigénio cardíaco.

### **História atual de doença:**

Há cerca de um mês, o Sr. M. apresentou um episódio de fibrilação auricular, com resposta ventricular rápida, acompanhado de uma hipoglicémia grave (30mg/dl), períodos de agressividade, perda de conhecimento e sudorese intensa. Foi contactado o INEM (pela esposa) e foi encaminhado para o hospital. Deste internamento teve alta com uma alteração terapêutica, contudo a esposa referiu não ter dinheiro para comprar os medicamentos<sup>86</sup>, pelo que manteve a medicação anterior à agudização. Referiu que “*algumas caixas estão vazias, mas têm de se fazer escolhas*” (SIC). A par disso, e devido à persistência de dúvidas em relação a medicamentos prescritos no hospital, mobilizou-se uma consulta na UCSP, para a esposa confirmar o plano terapêutico a seguir. Durante o internamento, o Sr. M. apresentou períodos de desorientação, coprolalia e agressividade, tendo iniciado medicação antipsicótica (quetiapina, ver tabela 9).

---

<sup>86</sup> Neste momento a assistente social estava já a estudar a situação.

Medicamento	Frequência
AAS 150 mg	Almoço
Omeprazol	Jejum
Quetiapina 50 mg	Pequeno-almoço
Rivaroxabano 20 mg	Pequeno-almoço
Bisoprolol 5mg	½ Pequeno-almoço

**Tabela 9 – Prescrição atual do Sr. M.**

No hospital, o Sr. M. fazia levantar diário para cadeirão com ajuda total. Sem o treino funcional e de força as limitações que já apresentava agravaram-se. Quando os médicos sugeriam a alta do Sr. M., a esposa discordou com a decisão, uma vez que o Sr. M. se encontrava com a sua capacidade funcional diminuída, a par com a desorientação. Esta situação concomitantemente com a recente intervenção cirúrgica da D<sup>a</sup> L., levou-a a declarar não ter condições para, sozinha prestar a globalidade de cuidados que o Sr. M. necessitaria. Foi mobilizada a assistente social do hospital que proporcionou a articulação com a SCML, que ofereceu uma cama articulada e um colchão de pressão alternada. Foi-lhe referido que do serviço apoio domiciliário seria cobrado um custo que dependia dos rendimentos do casal, não lhe tendo sido dito qual seria o valor exato.

Já no domicílio, o Sr. M. manteve-se calmo, orientado e sem períodos de agressividade. Foram monitorizadas as glicémias capilares, que se encontraram sempre dentro de valores normais. Envolveu-se a esposa no ensino e foi entregue uma máquina de avaliação de glicémia capilar gratuitamente<sup>87</sup>. A relação de parceria com a esposa permitiu a monitorização diária (uma vez por dia) da glicémias, em detrimento dessa avaliação estar dependente da ida dos Enfermeiros da ECCL.

Ao longo das VD's verificou-se que a cuidadora comunicou o que a preocupava, questionando e expondo as suas dúvidas e aceitando as sugestões. Esta mudança de comportamento, de receio para partilha de conhecimentos e preocupações, permitiu identificar o sucesso do processo de parceria de cuidados e a passagem para a segunda fase do mesmo.

<sup>87</sup> Apesar da máquina ser gratuita, as lancetas e as fitas de avaliação não eram, uma vez que o Sr. M. não tinha um diagnóstico de Diabetes, tendo no entanto direito a uma participação. Recorreu-se à Assistente Social para mobilizar uma consulta na UCSP para a esposa pedir as receitas das mesmas. Foram deixadas algumas fitas e lancetas e as restantes foram adquiridas pela D<sup>a</sup> L..

## 2ª FASE – ENVOLVER-SE

A possibilidade de gerir o tempo de permanência no domicílio do Sr. M., sem tempo contado para tal, possibilitou a disponibilidade total para conhecer e estabelecer uma relação de confiança de qualidade, baseada em princípios de responsabilidade, escuta ativa, respeito e preocupação (Gomes, 2009). Permitiu igualmente **dar tempo e espaço** para o envolvimento com as particularidades e especificidades do Sr. M. e sua cuidadora, que permitiu posteriormente planificar em conjunto as intervenções a seguir. As várias VD's permitiram a familiarização com o ambiente e o contexto de vida do casal, de forma a evitar a proposta de soluções irrealistas e mostrar total disponibilidade. A abordagem ao Sr. M. foi sempre ao nível do seu olhar<sup>88</sup> e de forma afetiva, adaptando o planeamento das ações á priorização das suas necessidades<sup>89</sup>.

Nesta fase da relação de parceria, vinculou-se a relação de confiança, o que permitiu a abordagem de assuntos mais delicados, que poderiam causar a quebra da relação, se abordados numa fase mais precoce. Esta fase permitiu reconhecer situações de risco e procurar, em conjunto intervenções que melhorassem a saúde e dessem sentido à vida (Gomes, 2009).

### **Situação Sociofamiliar**

O agregado familiar é apenas o casal, sendo o Sr. M. cuidado pela esposa, a D<sup>a</sup>. L. de 62 anos. A D<sup>a</sup> L. foi intervencionada à coluna por hérnias lombares há 4 anos e há cerca de dois meses Referiu que a Junta Médica a considerou apta para o serviço, apesar do seu médico assistente não lhe permitir a realização de grandes esforços. A par disso a D<sup>a</sup> L. não sente condições para manter a sua atividade laboral, encontrando-se de baixa com cancelamento de qualquer remuneração. A D<sup>a</sup> L. era cozinheira, referindo que usava utensílios de cozinha de grandes dimensões, como “*tachos e panelas industriais*” (SIC). Tem como patologias associadas hipertiroidismo, hipertensão arterial e uma depressão. É uma senhora que se encontra visivelmente deprimida, com labilidade emocional e choro fácil. Referiu ter

---

<sup>88</sup> Baixando-me, inclinando-me e sentando-me, de modo a evitar uma posição superior.

<sup>89</sup> Note-se que a apresentação do caso com base nas diferentes fases deste Modelo não pode ser encarada de forma rígida, uma vez que o Modelo de Enfermagem é dinâmico e o estabelecimento das prioridades implica por vezes a flexibilidade das fases (como capacitar a esposa inicialmente para a aplicação de almofadas nos calcâneos por exemplo. Não podemos esperar pela criação de uma relação de confiança para promover a educação para a saúde).

vizinhas amigas, mas não sair com elas, pois “*estou muito triste e prefiro isolar-me em casa*”. Referiu que

Mesmo antes de isto acontecer, eu ajudava-o no banho e a sentar-se, mas era só preciso uma pequena ajuda, agora um homem sempre tão bom está para aqui deitado... Nós fazíamos a nossa vida normalmente, agora depois disto, é muito complicado (SIC)

O Sr. M. recebia visitas da filha e das netas, da ECCI e das cuidadoras formais da SCML. Aquando da visita das netas, estas optavam por tomar as refeições junto do avô, conversando com ele, facto que foi incentivado.

### **Situação económica:**

Há uns meses atrás a filha encontrou-se em situação de desemprego. Vivia numa casa alugada em Lisboa, que deixou de pagar. Optou por não contar aos pais, segundo ela para “*não aborrecer, uma vez que os problemas já eram muitos*”. Contudo, uma vez que os pais eram os seus fiadores, acabaram por ficar com uma dívida que é agora retirada da pensão do Sr. M. todos os meses. A par disto a filha comprou um automóvel (aproveitando os benefícios fiscais do pai), passando nas portagens várias vezes sem pagar. Uma vez que o automóvel se encontrava no nome do Sr. M., este exibia uma dívida de 3000 euros. O casal apresenta uma situação económica difícil, subsistindo com a reforma do Sr. M. de 660 euros, dos quais 140 são retirados para o encargo habitacional bancário e penhora devido às dívidas contraídas pela filha. Daqui são também retirados 50 euros para o serviço de apoio domiciliário. Esta situação, permite afirmar que a cuidadora depende financeiramente do Sr. M., um fator de risco para a ocorrência de situações violentas, descrito na literatura (DGS, 2014).

A D<sup>a</sup> L. partilhou-nos que nesse momento a filha tinha um contrato de trabalho a termo certo, a terminar em breve, facto que a preocupava bastante.

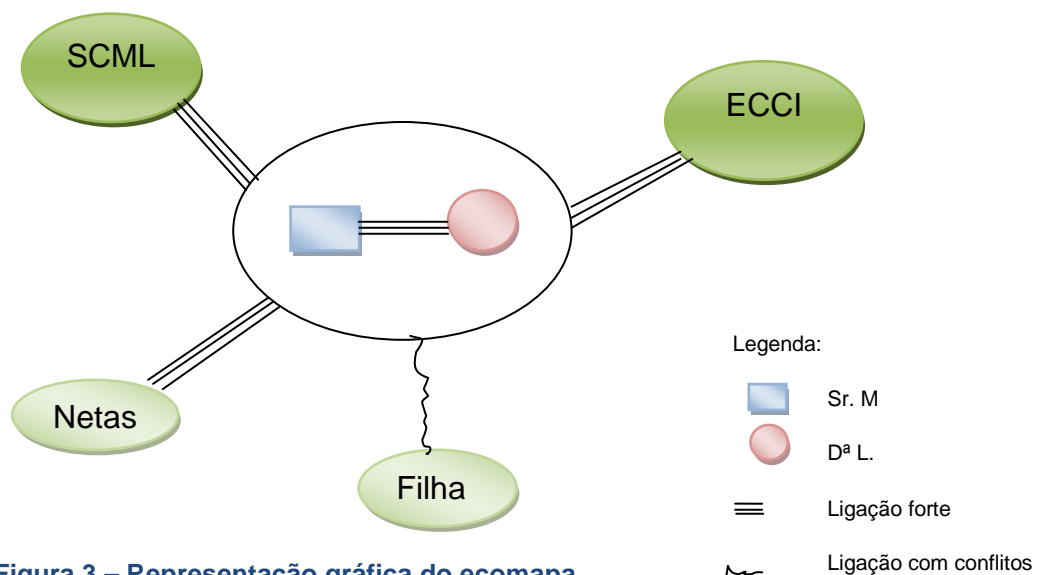
Após articulação com assistente social, foram mobilizadas ajudas financeiras para a compra de fraldas, apoio do banco alimentar e cartão de saúde com acesso a medicação. Estes apoios possibilitaram a redução das despesas financeiras. Segundo a assistente social, o casal não teve direito a subsídio de complemento por dependência pelo facto da sua reforma ser 60 euros superior ao limite.

## **Dinâmica Relacional**

O casal refere ter uma boa relação anterior, referindo

Sempre nos demos bem! Ele sempre foi um excelente marido, tínhamos tudo e vivíamos bem em termos de dinheiro. Agora está assim... Não merecia. Eu faço aquilo que posso, não faço mais porque eu não consigo (SIC)

Exclui-se a existência de história prévia de conflitos e comportamentos agressivos e desafiantes entre o casal. Contudo, desde da situação de endividamento da filha com consequente penhora da reforma do Sr. M. (único sustento do casal), a relação entre o casal e a filha tem piorado, existindo alguns conflitos e discussões. A representação gráfica do ecomapa da família G. é apresentada na figura 3.



**Figura 3 – Representação gráfica do ecomapa**

## **Avaliação da sobrecarga da cuidadora:**

A Dª L. partilhou-nos a sua dificuldade em prestar cuidados ao marido, e de ter uma vida social com as amigas. Referiu que não deixava o marido sozinho, mesmo quando sugerido o uso de telemóvel, para que a contactasse em caso de necessidade:

Já o deixei com o telefone, mas ele deixou-o cair no chão e depois não me atendia...  
Eu ainda fiquei mais preocupada. Não posso sair, não o posso deixar sozinho... (SIC)

A sobrecarga da cuidadora pode ser definida como a dificuldade ou incapacidade em responder de forma adequada, em detrimento das complexas necessidades do Sr. M.. Neste sentido, aplicou-se a Escala de Sobrecarga do Cuidador (tabela 10), validada por Sequeira (2010). Obteve-se o resultado de 78, indicativo de sobrecarga intensa. A D.<sup>a</sup>. considera “*não ter tempo para as suas tarefas*”, que a situação “*afeta negativamente a relação com as suas amigas*” e “*que perdeu o controlo sobre a sua vida*”. Ao fim de algumas VD’s desabafa, relando “*sabe, Sr<sup>a</sup> Enfermeira, há 14 anos que tenho esta vida, foi desde que lhe deu o AVC... Olhe é uma vida de escrava...*” (SIC). Esta descrição e consequente resultado da aplicação da escala, vai de encontro ao descrito na literatura que refere que a responsabilidade de prestar cuidados em contexto familiar, durante um longo período de tempo a pessoas idosas dependentes, tem um grande impacto a nível físico e social, podendo tornar-se emocionalmente esgotante (Brito, 2002; Sequeira, 2010)

Outro instrumento útil na avaliação da cuidadora, foi o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), de Nolan, et al (1998), traduzido e validado para a população portuguesa por Brito (2000). Da aplicação deste instrumento resultou a evidência de que a D<sup>a</sup> L. considerava o facto de “*não ter tempo suficiente para si*” e de se “*afastar do convívio com outras pessoas de quem gosta*”, algo que a perturbava muito.

Pergunta	Nunca 1	Raro 2	às vezes 3	Muitas vezes 4	Quase sempre 5
Sente que o Sr. M. solicita mais ajuda do que necessita?			X		
Considera que devido ao tempo que disponibiliza ao seu marido, já não tem tempo para as suas tarefas?					X
Sente-se tensa por ter de cuidar do Sr. M. e fazer as outras tarefas?				X	
Sente-se envergonhada pelo comportamento do Sr. M.?	X				
Sente-se irritada junto do seu marido?	X				
Considera que esta situação afeta negativamente a sua relação com as suas amigas?					X
Tem receio pelo futuro do seu marido?				X	
Considera-o dependente de si?					X



Sente-se esgotada junto do seu marido?			X		
Vê a sua saúde afetada por ter de cuidar do Sr. M.?				X	
Considera que não tem uma vida privada como desejaria?					X
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente?					X
Sente-se pouco à vontade para convidar amigos, devido à situação do seu marido?				X	
Acredita que o Sr. M. espera que cuide dele como se fosse a única pessoa que ele pudesse contar?					X
Considera que não dispões de economias suficientes para cuidar do Sr. M. e para o resto das despesas que tem?					X
Sente-se incapaz de cuidar dele por muito mais tempo?			X		
Sente que perdeu o controlo da sua vida?					X
Desejaria poder entregar os cuidados do seu marido a outra pessoa?		X			
Sente-se insegura acerca do que deve fazer como o seu marido?			X		
Sente que poderia fazer mais?	X				
Considera que poderia cuidar melhor?	X				
Em geral sente-se sobrecarregada por cuidar do Sr. M.?				X	
<b>Total</b>	<b>78 (sobrecarga intensa)</b>				

**Tabela 10 – Resultado de aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador**

A avaliação da sobrecarga da cuidadora foi uma preocupação constante. Por um lado, porque esta situação podia condicionar a prestação dos cuidados ao Sr. M., sendo um fator de risco à ocorrência de situações violentas, como a negligência, apesar de involuntária (DGS, 2014). Por outro, a monitorização da sobrecarga da D<sup>a</sup> L. permitiu igualmente o cuidado com a sua própria saúde física e mental, de modo a garantir os cuidados adequados ao Sr. M., como parceira que era, no seu projeto de vida e de saúde (Loureiro, 2009; Gomes, 2009).

De forma a minimizar a sobrecarga vivenciada pela D<sup>a</sup> L. promoveu-se uma intervenção psicoeducativa, como sugerido na literatura (Pera, 2012). O objetivo desta intervenção visou o ensino de habilidades emocionais e instrumentais permitindo lidar com a prestação de cuidados, beneficiando da intervenção de outros cuidadores, neste caso das cuidadoras informais da SCML (Gimeno & Lampré, 2008). Uma vez que o Sr. M. tinha apoio domiciliário três vezes por dia, foi sugerido à D<sup>a</sup> L. que aproveitasse a ida da SCML de manhã, (que coincidia com os cuidados

de higiene e por isso seriam mais demorados) e combinasse com as suas amigas para sair, ir até ao supermercado e beber um café. Deste modo aproveitava para ter tempo para si e para nutrir as suas relações sociais, ao mesmo tempo que aliviava a sobrecarga durante essa hora. Em VD's posteriores, questionou-se a D<sup>a</sup>. L. em relação ao tempo que dispunha para si. Esta alegremente respondeu:

Fui até ao supermercado e bebi um cafezinho com as minhas amigas. Aproveitámos para ver as montras e tudo! (SIC)

A par disso, informou-se a D<sup>a</sup> L. de outros recursos existentes na comunidade que poderiam ser acionados em caso de sobrecarga e com o objetivo de descanso do principal cuidador, como é o caso do Programa do Descanso do Cuidador, no âmbito da RNCCI.

### **Avaliação do risco de violência**

Na ausência de indicadores visíveis de violência<sup>90</sup>, o conhecimento de fatores de risco foi crucial para orientar a exploração da situação, pelo que se procedeu à sua investigação (Alves, 2005). Foram considerados fatores de risco associados à cuidadora: as suas dificuldades económicas, a dependência financeira da reforma do marido, a perturbação emocional (depressão) e a sobrecarga da cuidadora (DGS, 2014). Segundo Wolf (1998), estes fatores de risco estão mais associados ao desenvolvimento de práticas de violência física e financeira. Em relação ao Sr. M. foram identificados como fatores de risco: o elevado grau de dependência física, as alterações emocionais (GDS-15), o isolamento social, a falta de apoio social e a ausência de acesso a cuidados de saúde regulares (antes do contacto com a ECCI). Estes fatores têm forte associação a condutas de negligência, mesmo que de forma involuntária (Wolf, 1998; Reis, 2000).

Ao longo dos tempos, tem-se procurado formas de criar instrumentos que identifiquem a violência contra a Pessoa Idosa, nas suas diferentes formas (Wolf, 2000). Um exemplo disso é o Indicator of Abuse Screen (IOA), traduzido e validado para Portugal por Fernandes & Gonçalves (2014). A razão da escolha deste instrumento prendeu-se com o facto deste avaliar tanto a cuidadora como a Pessoa Idosa, ser validado para a população idosa e aferir a violência física, psicológica,

---

<sup>90</sup> Marcas físicas, maus cuidados de higiene, tristeza, medo, etc..

negligência e financeira (Reis & Nasmiash, 1998; Paixão e Reichenheim, 2006). Este deve ser completado após conhecimento do ambiente familiar, pelo que se optou por aplicá-lo nesta fase do processo de parceria (tabela 11).

Cuidadora		Sr. M.	
Tem problemas de comportamento	0	Foi abusado no passado	0
É financeiramente dependente	4	Conflitos conjugais	0
Tem problemas emocionais	4	Pouca compreensão da sua condição clínica	4
Tem problemas de abuso de álcool ou outras substâncias	0	Socialmente isolado	4
Tem expectativas irrealistas	0	Falta de apoio social	4
Não compreende a condição clínica do marido	0	Problemas de comportamento	4
Relutância nos cuidados	1	Financeiramente dependente	0
Conflitos conjugais	0	Tem expectativas irrealistas	3
Relação atual de baixa qualidade	0	Problemas com álcool ou de medicação	4
Inexperiência na prestação de cuidados	4	Relação atual de baixa qualidade com cuidadora	0
Acusadora	0	Apresenta lesões ou quedas suspeitas	0
Relação passada de má qualidade	0	Problemas mentais ou emocionais	4
<b>Subtotal</b>	<b>13</b>	É acusador	0
		É emocionalmente dependente	1
		Não tem médico regular	4
		<b>Subtotal</b>	<b>32</b>
<b>Total</b>		<b>45 (indicativo de abuso)</b>	

**Tabela 11 – Resultado de aplicação do IOA**

Pretendeu-se, numa ótica de prevenção primária evitar o aparecimento de situações violentas para com o Sr. M., visto se encontrarem presentes fatores de risco descritos pela evidência científica e apontados pelo IOA, contudo estavam ausentes indicadores de violência. A esposa não negligenciava o marido, colocando as suas necessidades em primeiro lugar e esforçando-se por atender aos seus pedidos. A relação de ambos era de boa qualidade e afetiva. Porém com os dados que detínhamos, foram desenvolvidos planos de cuidados que incluíram a esposa e contemplaram intervenções negociadas que garantiram a continuação da qualidade

de cuidados prestados. Da avaliação global da situação, colocou-se de parte a possibilidade de violência física, psicológica e financeira, uma vez que não existiam situações, atos ou formas de comportamento ameaçadoras e que causassem dor ou sofrimento físico e psicológico (DGS, 2014). Porém situações de sobrecarga podem facilmente evoluir para condutas de violência, especialmente de negligência, pelo que a intervenção preventiva destas situações é uma questão de saúde e bem-estar (DGS, 2014).

### **3ª FASE – CAPACITAR OU POSSIBILITAR**

A terceira fase do modelo de intervenção em parceria surgiu após o conhecimento global da situação. Pretendeu-se neste momento "construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir" (Gomes, 2013, p. 101). Desta forma possibilitou-se a execução do projeto de cuidados por todos os intervenientes.

Procurou-se partilhar os conhecimentos, desenvolvendo um processo informado, esclarecido e reflexivo, negociando e partilhando as responsabilidades de modo a que o Sr. M. assumisse controlo sobre Si, maximizando as suas potencialidades. Por outro lado pretendeu-se que a Dª L. edificasse a capacidade de assegurar o cuidado ao Outro, ao mesmo tempo que cuidava de Si (Gomes, 2013).

Explorou-se a ideia de possível evolução para negligência, identificada na fase anterior, relacionada com défice de conhecimentos (por exemplo o facto de não ter conhecimento da necessidade de colocar almofadas para alívio de zonas de pressão, podendo a situação evoluir para um problema de integridade cutânea, ou os défices de conhecimentos em relação a hábitos alimentares saudáveis). Foram utilizadas estratégias de comunicação assertiva de modo a compreender as preocupações da cuidadora (Fulmer, 2008). Adotou-se um diálogo empático e livre de juízos de valor. Explicou-se que algumas mudanças eram benéficas na potencialização das capacidades do Sr. M., tal como o facto deste se alimentar sozinho, com a cabeceira elevada; a colocação de carne na sopa; incentivar o diálogo entre os dois; aumentar o número de posicionamentos, etc.. Estes objetivos fizeram parte do projeto de cuidados (tabela 12), após a negociação e compromisso de todos. Paralelamente procurou-se incutir uma atitude mais ativa do Sr. M.,

explicando-lhe que tinha o direito de decidir e realizar escolhas sobre Si. Desta forma construiu-se “uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir” (Gomes, 2013, p.101), ao mesmo tempo que se partilhou a responsabilidade, o conhecimento e o poder, tornando capacidades potenciais em reais, “num processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado” (Gomes, 2013, p. 101).

Posteriormente, quando questionada a D<sup>a</sup> L. acerca dos cuidados ao marido, esta referiu que conseguia executar os posicionamentos sugeridos anteriormente sem problema, estando por exemplo, mais desperta para a monitorização do bom funcionamento do motor do colchão de pressão alternada. Em relação às refeições, estas passaram a ser proporcionadas diariamente pela SCML<sup>91</sup>. O Sr. M. comia já pela sua mão partes da refeição, após ter sido incentivada a D<sup>a</sup> L. a maximizar e potencializar a capacidade do Sr. M. a alimentar-se. Foi dado reforço positivo a ambos.

#### **4ª FASE – COMPROMETER-SE**

Nesta fase procurou-se desenvolver “esforços conjuntos no sentido de serem atingidos objetivos definidos para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e de saúde da pessoa” (Gomes, 2013, p. 103). Este projeto delineado em conjunto, teve em conta experiências anteriores, hábitos e o seu projeto de vida, com base num trabalho em parceria que permitiu o *empowerment* do Sr. M. e a capacitação da cuidadora (Gomes, 2013).

O projeto contou com ações que visaram a transição progressiva das capacidades potenciais para as capacidades reais, baseado no compromisso de se atingirem os objetivos propostos. A articulação e parceria da equipa multidisciplinar, harmonizou a procura pela satisfação dos objetivos, nomeadamente o apoio da terapeuta ocupacional, assistente social e fisioterapeuta.

Na tabela 12 é apresentado o plano de cuidados desenvolvido, tendo por base os problemas identificados anteriormente, com as respetivas intervenções e os ganhos obtidos.

---

<sup>91</sup> Reduzindo ainda mais as despesas económicas.

Problema identificado	Resultado esperado	Ação conjunta	Ganhos adquiridos
Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão relacionado com imobilidade e incontinência urinária (score na Escala de Braden de 13)	Que o Sr. M. mantenha a integridade cutânea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar a Escala de Braden para monitorização do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão;</li> <li>- Identificar os fatores de risco que potenciam o desenvolvimento de úlceras de pressão;</li> <li>- Informar sobre as complicações da imobilidade e de não se executarem alternâncias de decúbito frequentes;</li> <li>- Informar sobre a importância da hidratação da pele;</li> <li>- Vigiar a pele e proeminências ósseas e solicitar às cuidadoras formais e informal que avisem a equipa aos primeiros sinais de rubor na pele;</li> <li>- Oferecer suplementação alimentar hiperproteica (amostras que deixam no serviço);</li> <li>- Monitorizar o funcionamento correto do colchão de pressão alterna, informando a esposa que também o deve fazer;</li> <li>- Posicionar o Sr. M. e promover um plano de alternâncias de decúbito em parceria com as cuidadoras formais e a esposa;</li> <li>- Informar sobre a importância de contrariar os</li> </ul>	Aumentou-se o número de alternâncias de decúbitos, em parceria com a esposa e as cuidadoras formais. A solução de continuidade existente no início do plano terapêutico cicatrizou por completo e a integridade cutânea foi mantida.

		<p>movimentos de flexão da mão parética, com recurso a uma toalha enrolada;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procurar informação junto da fisioterapeuta e terapeuta ocupacional acerca dos exercícios articulares e musculares, evitando atrofia muscular e articular;</li> <li>- Informar para a importância de uma adequada alimentação e ingestão de água.</li> </ul>	
<p>Nutrição alterada relacionada com défice de conhecimento da esposa em relação às necessidades nutricionais do Sr. M. (MNA =14)</p>	<p>Adoção de padrões alimentares saudáveis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar do Mini Nutritional Assessment para avaliação do estado nutricional;</li> <li>- Conhecer os hábitos alimentares do Sr. M.;</li> <li>- Informar sobre hábitos alimentares adequados (nutrientes e ingestão hídrica);</li> <li>- Promover uma adequada higiene oral;</li> <li>- Oferecer suplementação alimentar hiperproteica (amostras que deixam no serviço);</li> <li>- Subir a cabeceira da cama para as refeições e explicar a importância desta ação à esposa;</li> <li>- Propor a junção da carne ou peixe na sopa ao jantar (uma vez que foi hábito durante muito tempo apenas ingerirem sopa ao jantar).</li> </ul>	<p>A esposa manteve o respeito pelas preferências do marido, contudo não omitiu refeições, e aumentando o seu número para seis ao longo do dia. A alimentação foi variada, com recurso a legumes e fruta ao lanche e após o almoço. À noite, a esposa passou a colocar carne na sopa. Estas alterações foram do agrado do Sr. M. e facilmente adaptadas pela esposa.</p>

<p>Risco de desenvolvimento de sentimentos depressivos relacionado com imobilidade, perda de capacidades e autonomia (GDS 7)</p>	<p>Promoção da saúde mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar do GDS-15;</li> <li>- Criar um clima de confiança e segurança que permita aumentar a autoestima do Sr. M., levando-o a desenvolver atitudes positivas face às suas capacidades atuais;</li> <li>- Ajudar a criar um sentido para a vida, através da manutenção de um ambiente estimulante e do encorajamento de aptidões e potencialidades;</li> <li>- Encorajar a ter relações sociais e manter o contacto com a sociedade (incentivar a ver televisão e opinar sobre as notícias);</li> <li>- Estimular a memória, questionando o Sr. M. de acontecimentos antigos.</li> </ul>	<p>O Sr. M. manteve interesse em ver televisão, discutia assuntos atuais e comentava os programas exibidos durante algumas VD's. Recebia-nos sempre com um sorriso e um aperto de mão. Por vezes contava antigas peripécias da sua vida, promovendo momentos de convívio e sorrisos saudosos entre ele e a sua esposa.</p>
<p>Défice de conhecimentos da esposa, sobre avaliação de glicémia capilar e como agir em caso de hipoglicémia</p>	<p>Que a esposa consiga avaliar e registar os valores da glicémia capilar, informando a equipa de valores fora do normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrega de máquina de avaliação de glicémia capilar (gratuitamente);</li> <li>- Articulação com assistente social para marcação de consulta médica para a esposa, de forma a adquirir a receita para comprar as lancetas e fitas de avaliação;</li> <li>- Ensino sobre o funcionamento da máquina;</li> <li>- Informar sobre padrões alimentares saudáveis e de</li> </ul>	<p>A esposa adota uma alimentação variada e equilibrada. Está ciente dos riscos que o Sr. M. corre em caso de hipoglicémia marcada e sabe como atuar (açúcar na mucosa oral e contactar INEM). Realiza as avaliações de glicémia capilar diariamente de forma correta.</p>



		<p>quando monitorizar a glicémia capilar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre valores normais e valores que devem ser comunicados à equipa;</li> <li>- Ensino sobre como atuar em caso de hipoglicémia e distribuição de folhetos existentes no serviço sobre o assunto.</li> </ul>	
<p>Risco de sobrecarga da cuidadora relacionada com aumento do grau de dependência do marido e consequente inadaptação a essa transição</p>	<p>Que a esposa detenha conhecimentos de cuidar do marido, nesta fase de vida. Pretende-se também que consiga ter tempo para si, reduzindo o stress do papel de cuidadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar a Escala de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador;</li> <li>- Aplicar a Escala de Avaliação das Dificuldades do Cuidador;</li> <li>- Sugerir que durante as manhãs, no período em que as cuidadoras formais procedessem aos cuidados de higiene, a D<sup>a</sup> L. combinasse saídas com as suas amigas (para o supermercado, ou até ao café);</li> <li>- Promover ensinios sobre os cuidados ao Sr. M. (conforto, alimentação, posicionamentos, etc);</li> <li>- Informar sobre os recursos existentes na comunidade (Programa do Descanso do Cuidador).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A D<sup>a</sup> L. encontrou formas de ter tempo para si, e não perder os laços com as amigas;</li> <li>- Com os ensinios referiu que se encontrava mais autónoma e conseguia cuidar do marido, em parceria com as cuidadoras formais e a supervisão da ECCL.</li> </ul>

**Tabela 12 – Projeto de Cuidados do Sr. M.**

## 5ª FASE – ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGARAR O CUIDADO DO OUTRO

Esta fase do Modelo de Intervenção em Parceria caracterizou-se pela capacidade que o Sr. M. adquiriu em ter controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde, a par com a capacidade da esposa assumir o cuidado ao Sr. M., de acordo com as suas necessidades, decisões e escolhas (Gomes, 2013). Ao mesmo tempo conseguiu-se que a D<sup>a</sup> L. tomasse consciência sobre as suas próprias necessidades, de forma a garantir a longo prazo os cuidados ao seu marido.

Ocorreram sucessos na concretização dos objetivos planeados, nomeadamente a parceria estabelecida com o Sr. M. e a cuidadora, que permitiu assumir o cuidado ao utente. Foram alcançados êxitos ao nível da integridade da pele, através o aumento do número de alternâncias de decúbito e do tratamento da úlcera por pressão existente. Foram igualmente sucessos, a promoção da saúde mental<sup>92</sup>, de padrões alimentares adequados e a proatividade do Sr. M., que permitiu a tomada de decisão sobre Si e sobre aquilo que pretendia do seu futuro. A D<sup>a</sup> L. garantiu a avaliação da glicémia capilar ao marido., intervindo eficazmente em caso de situação de hipoglicémia, e compreendendo a importância da sua intervenção para o bem-estar do marido, relatando-nos “*consegui fazer como me disse*” (SIC). Ao aconselhar a esposa a usufruir de momentos para si, atuou-se em fatores de risco que poderiam alterar a qualidade dos cuidados, nomeadamente na sobrecarga da cuidadora e na perda de relações sociais.

Com a intervenção multidisciplinar, obtiveram-se sucessos ao nível motor, uma vez que o Sr. M. aumentou o seu equilíbrio na posição de sentado na cama, com os pés pendentes. Tal permitiu que fossem trabalhadas habilidades como alimentar-se sozinho nesta posição (posição essa que a esposa tinha a capacidade de auxiliar com sucesso). A inclusão da restante família no projeto de cuidados, proporcionou levantes para a cadeira de rodas, realizados pelo genro ao fim-de-semana.

As ajudas sociais obtidas, permitiram a redução das despesas, assim como a garantia da adesão ao regime terapêutico e uma alimentação adequada.

---

<sup>92</sup> Durante as visitas da equipa, o Sr. M. encontrava-se sempre risonho e animado, conversando extrovertidamente.

A relação estabelecida com a equipa de Enfermagem permitiu o envolvimento e a melhoria dos cuidados, evitando situações que pudessem comprometer o estado de saúde desta família.

## **CONCLUSÃO**

Recorrendo à análise crítica das práticas e enquanto candidata a enfermeira mestre e especialista, posso demonstrar a minha satisfação pela aplicação do Modelo de Parceria de Cuidados, que possibilitou o compromisso de todos os elementos do processo, permitindo o sucesso desta intervenção. Algumas VD's ocorreram na presença das cuidadoras formais (SCML), o que permitiu o esclarecimento de dúvidas em relação à aplicação de cremes hidratantes e de pomadas, assim como dos posicionamentos a realizar. A esposa, inicialmente receosa, foi gradualmente confiando na equipa e assumindo uma postura mais aberta, partilhando as suas incertezas e preocupações. Tal permitiu desenvolver um projeto de cuidados personalizados que incluiu as reais necessidades de ambos (utente e cuidadora).

Contudo, não posso deixar de manifestar o meu desapontamento por não ter sido garantida uma abordagem mais integrada e uma observação interdisciplinar, nomeadamente uma avaliação médica presencial frequente e o apoio de psicologia. A avaliação e abordagem geriátrica deve ser multidisciplinar e, apesar de ter sido garantido o apoio de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Serviço Social, as consultas médicas esporádicas e em momentos de 'crise' não acompanham as reais necessidades de uma Pessoa Idosa, que necessita de uma vigilância próxima e contínua.

Exalto ainda a minha preocupação em relação à identificação deste tipo de casos complexos como "casos sociais" e não como "casos de Enfermagem". Afinal, as dificuldades em cuidar e em garantir a saúde e bem-estar de um utente é uma preocupação central da Enfermagem. A adoção do Modelo de Cuidados em Parceria evita esta visão simplista e redutora das necessidades Humanas, que atribui altas quando os diagnósticos médicos estão resolvidos ou estabilizados, não se

preocupando em assegurar a qualidade da continuidade de cuidados, ou o apoio na transição dos papéis desenvolvidos pelos utentes e familiares.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Abreu, W. (2001). *Identidade Formação e Trabalho. Das culturas locais às estratégias Identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau Formação e Saúde Lda.
- Araújo, F. et al. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde*, 25 (2).
- Braden, B. J. & Bergstrom, N. (1989). Clinical utility of the Braden scale for predicting pressure sores. *Decubitus*, 2(3), 44-51.
- Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brucki S. et al (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr*, 61, p.777-81.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. DGS, Lisboa.
- Ferreira-Alves, J. (2005) Abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para a sistematização de uma visão forense de maus-tratos. *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira, P. et al (2006). Avaliação multidimensional em idosos. Coimbra: Mar da Palavra.
- Folstein, M. et al (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198.

- Frank, M. & Rodrigues, N. (2006). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 376-87.
- Fulmer, T. (2007). How to Try This: Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 40-48.
- Gimeno, A., & Lampré, M. (2008), Grado de tolerância de los cuidadores ante los problemas de sus familiares com demencia. *Revista Espanhola de Geriatria Gerontologia*, nº 3, vol. 43 pags. 146- 152.
- Gomes, I. (2009). *Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Idoso no Domicílio*. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência.
- Guerreiro, M. et al (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução da “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (9), 9-10.
- Katz, S. et al (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *J Am Med Assoc*. 165, p.94-9.
- Litvoc, J, & Brito, F. (2004). Capacidade funcional. In: Litvoc J; Brito FC. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 17-35.
- Loureiro, M. (2008). Validação do “Mini-Nutritional Assessment” em idosos. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra.
- Loureiro, N. (2009). *A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da universidade Fernando Pessoa.

- Malcata, F. (2003). O Idoso, a Nutrição e a Sociedade: considerações sobre quantidade e qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*. Coimbra nº151 (fevereiro/março) ISSN: 0871-5386. p.23-41.
- Menoita, E. (2012). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente. Loures: Lusociência.
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez.
- Ministério da Saúde (2014). *Plano Nacional para a saúde das Pessoas Idosas*. DGS, Lisboa.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. International Guideline. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Nolan, M. et al (1998). *Assessing the needs of family carers: a guide for practitioners*. Brighton, Pavilion Publications.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Paixão, C. e Reichenheim, M. (2006). Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Caderno de Saúde Pública*, 22(6), p. 1137-1149.
- Pera, N. (2012). *Avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes*. Relatório de Estágio de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Bragança.
- Pocinho, M. et al (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32 (2), 223-236.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the Indicators fo Abuse (IOA) screen. *Gerontologist* , 38, 471-780.

- Reis, M. (2000). The IOA screen: An abuse-alert measure that dispels myths. *Generations*, Vol. 24.
- Rodrigues, R. et al (2015). Os muitos idosos: Avaliação funcional multidimensional. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, nº 5, abril, maio e junho.
- Rubenstein, L. (2004). Comprehensive geriatric assessment: from miracle to reality. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59A(5), 473-477.
- Saliba, V. et al (2008). Propriedades Psicométricas da Motor Activity Log: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Fisioter Mov*, 21 (3), 59-67.
- Scanlan, B. (2005). The value of comprehensive geriatric assessment. *Care Management Journals*, 6(1), 1-8.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, nº 12, março, p. 9-16.
- Shmueli, Y. et al. (2001). Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *International Psychogeriatrics*, v. 13, n. 1, p. 63-73.
- Taub, E., et al (1993). Technique to improve chronic motor deficit after stroke. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 74 (4), 347- 354.
- Tourigny-Rivard M, et al (2006). The assessment and treatment of depression. Toronto: Canadian Coalition for Seniors Mental Health.
- Uswatte, G., et al (2005). Reliability and Validity of the Upper-Extremity Motor Activity Log-14 for Measuring Real-World Arm Use. *Stroke*, 36, 2493-2496.
- Uswatte, G., et al. (2006). The Motor Activity Log-28: assessing daily use of the hemiparetic arm after stroke. *Neurology*, 67, 1189-1194.
- Vasconcelos, N. (2007). *Avaliação da Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa/MG*. Dissertação de Mestrado. Universidade Vale do Rio Verde.

- Veríssimo, M. (2005). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino, L. C. Pinto, A. Leuschner & J. Barreto, *Psicogeriatría* (pp. 489-498). Coimbra: Livraria Almedina.
- Visconde, V. (1999). O que dizem os enfermeiros sobre a observação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. V.5, n.3, julho, pag. 83-94.
- Wolf, R. S. (1998). Domestic elder abuse and neglect. In *Clinical Geropsychology*. Washington: American Psychological Association
- Wolf, R. (2000). Risk assessment instruments. National Center on Elder Abuse.
- Yesavage J, et al (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*;17, p.37-42.



**APÊNDICE XII – FOLHETO: “CUIDA DE UMA PESSOA IDOSA? ESTE FOLHETO É  
PARA SI!”**

## VEJA SE ESTÁ EM RISCO DE SOBRECARGA:

- ✓ Sente que cuidar do seu familiar exige muito de si?
- ✓ Sente-se privado de sair de casa por cuidar do seu familiar?
- ✓ Sente-se cansado(a)?
- ✓ Sente-se alterado(a) ou ansioso(a), quando está junto do familiar que cuida?
- ✓ Acha que a sua saúde está a ser afetada pelo facto de cuidar do seu familiar?
- ✓ Sente não ter tempo para si?
- ✓ Sente que a sua vida está a ser afetada?



Isto são sinais de alerta!



Folheto realizado por Patrícia Ramalho, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa, sob orientação da professora doutora Idalina Gomes, da ESEL e do Enfermeiro Sérgio Jorge, orientador do contexto da prática clínica.

Os enfermeiros da ECCI Olivais Marvila



## Cuida de uma Pessoa Idosa ?

ESTE FOLHETO É PARA SI!



Evite a sobrecarga

## Cuide de si, para cuidar dos outros!

Cuidar de uma pessoa idosa pode implicar algum **desgaste**, tendo em conta as particularidades de que se reveste essa assistência.

Independentemente da boa vontade na prestação de cuidados, uma pessoa que se sente desgastada e **sobrecarregada**, não apresenta o mesmo desempenho na assistência à pessoa idosa. Para além disso, pode estar a afetar a sua própria saúde.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Olivais Marvila dispõe de uma equipa multidisciplinar disponível para o ajudar a lidar com as suas dúvidas e dificuldades.

## A Equipa dos Cuidados Continuados Integrados pode ajudá-lo com:

- **Apoio de Enfermagem ao domicílio** - quando integrado(a) na Rede Nacional de cuidados Continuados, promove o acesso gratuito à assistência personalizada de cuidados de Enfermagem;
- **Apoio de Fisioterapia e Terapia Ocupacional ao domicílio** - Igualmente gratuito quando integrado(a) na Rede. Permite contrariar a diminuição progressiva da mobilidade da pessoa idosa, prevenindo as limitações da autonomia;
- **Apoio de Psicologia** - pretende apoiar a família na prevenção de alterações psicológicas derivadas da situação clínica da pessoa idosa;
- **Serviço Social** - promove a acessibilidade dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde, à informação sobre direitos a complementos monetários e a equipamentos técnicos, como por exemplo camas articuladas;

E ainda através da mobilização de outros recursos como:

- **Centros de dia e de convívio** - uma opção existente na comunidade que promove momentos de lazer e atividades com os idosos, durante o dia;
- **Serviço de apoio domiciliário** - com parceiros na comunidade que, em situações de dependência, permitem o apoio nos cuidados de higiene, mudanças de fraldas e distribuição de refeições;
- **Serviço de descanso do cuidador** - Através da Rede Nacional de Cuidados Continuados, possibilita o internamento temporário da pessoa, em situações de necessidade de descanso do principal cuidador.

## PERGUNTE-NOS COMO!

### ECCI de Olivais Marvila

Tel: 92 743 02 67  
cuidados.continuados@esmarvila.min-saude.pt  
Alameda da Encarnação, edifício Centro de Saúde, 1800-192 Lisboa

### **APÊNDICE XIII – POSTER: “CUIDA DE UMA PESSOA IDOSA?”**

# CUIDA DE UMA PESSOA IDOSA?

Não sabe como fazê-lo?

Por vezes sente cansaço ?

Sente não ter tempo para si?



## PRECISA DE AJUDA? Percebemos as suas dificuldades !

Os enfermeiros dos cuidados continuados integrados de Olivais Marvila podem ajudá-lo a lidar com a situação. Conte connosco e procure-nos:

- ♦ Pelo telefone direto: 927 430 267
- ♦ Pelo email: [cuidados.continuados@csmarvila.min-saude.pt](mailto:cuidados.continuados@csmarvila.min-saude.pt)
- ♦ Ou no edifício do Centro de Saúde, Rua Alameda da Encarnação, 1800-192, Lisboa.

**APÊNDICE XIV – POSTER: “VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA –  
CONTRIBUTO DE ENFERMAGEM PARA ENFRENTAR O PROBLEMA”**



# **VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA**

## **Contributo de Enfermagem para enfrentar o problema**

O aumento da violência é reconhecido por várias organizações nacionais e internacionais como um grave problema de saúde pública (OMS, 2002; ONU, 2002; DGS, 2014). Quanto à sua natureza, ela pode ser física, sexual, psicológica, financeira ou negligência (quer seja voluntária ou não). Qualquer que seja a sua forma, a violência afeta diretamente a saúde, o bem-estar, a qualidade de vida e a dignidade da pessoa.

As suas consequências assumem grandes preocupações quando dirigidas a pessoas idosas, uma vez que estas se encontram numa situação de maior vulnerabilidade e fragilidade. Algumas situações são provocadas pelo acumular de acontecimentos que levam à sobrecarga das famílias. A ECCI é um parceiro na comunidade que pode intervir multidisciplinarymente nestas situações. Informe-nos se tiver conhecimento de alguma situação suspeita!

### **Reconheça os Fatores de Risco:**

- Idade avançada;
- Elevado grau de dependência física ou intelectual;
- Existência de demência (como o Alzheimer);
- Perturbações mentais ou alterações psicológicas (como a depressão);
- Comportamento agressivo;
- Consumo de substâncias;
- Problemas financeiros;
- Isolamento social;
- Discriminação face à idade;
- Relacionamento prévio difícil;
- Banalização da violência;
- Stress ou sobrecarga do cuidador.

### **Identifique os Indicadores:**

#### **Violência Física:**

Feridas, hematomas, queimaduras, fraturas antigas/recentes, luxações, marcas de restrição, óculos com armação partida, recusa do agressor permitir que a pessoa idosa fique a sós com alguém, mudança de comportamentos do idoso face agressor.

#### **Violência Psicológica:**

Tristeza, medo, ansiedade, sentimentos de culpa, atitudes de isolamento, ridicularização, infantilização, intimidação, humilhação, manipulação de informações, comportamento depreciador, choro fácil.

#### **Violência Sexual:**

Hematomas no tórax, hemorragias genital e anal, infeções sexualmente transmissíveis, roupa interior rasgada ou ensanguentada, medo de ser tocado ou despedido

#### **Violência Financeira:**

Levantamento de grandes montantes de dinheiro, alterações repentinas de testamentos e procurações, mudanças na situação financeira, desaparecimento de objetos valiosos e dinheiro, aquisição de serviços e bens desnecessários, levantamentos de dinheiro, quando a pessoa idosa se encontra acamada, documentos falsificados.

#### **Negligência por parte do cuidador:**

Desidratação, má nutrição, problemas físicos não tratados, falta de próteses, maus cuidados de higiene, roupas inadequadas, abandono, condições habitacionais de risco, falta ou excesso de medicação.

**A sobrecarga do familiar cuidador pode ser um risco à ocorrência de ações violentas, mesmo que involuntariamente. Podemos e queremos ser parceiros destas famílias. Referencie-nos estas situações!**



**A violência contra a pessoa idosa é um desrespeito aos seus Direitos Humanos. É por isso, um assunto que diz respeito a todos nós. Em caso de suspeita informe a equipa de enfermagem da ECCI de Olivais Marvila:**

**Rua Alameda da Encarnação, edifício do centro de saúde; telefone 927 430 267 ou através do email [cuidados.continuados@csmarvila.min-saude.pt](mailto:cuidados.continuados@csmarvila.min-saude.pt)**

Elaborado por Patricia Ramalho, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica—Vertente Pessoa Idosa, sob orientação da professora doutora Idalina Gomes, da ESEL e do enfermeiro Sérgio Jorge, orientador do contexto da prática clínica

**Referências Bibliográficas Principais:** DGS (2014). Violência Interpessoal– Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. Lisboa; OMS (2002) Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva; ONU(2002). Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento. Madrid, Espanha

## **APÊNDICE XV – APRESENTAÇÃO DO PROJETO À ECCI**



## APRESENTAÇÃO DO PROJETO À EQUIPA



**CURSO DE PÓS- LICENCIATURA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MÉDICO-CIRÚRGICA VERTENTE IDOSO  
ESTÁGIO - 3º SEMESTRE**



**Intervenção de Enfermagem na  
Prevenção da Violência contra a  
Pessoa Idosa dependente de Familiar  
Cuidador, no domicílio**

Discente: Patrícia Ramalho, nº 6119  
Docente Orientadora: Professora Idalina Gomes

### Índice

- Problemática
- Prevenção da Violência contra Pessoa Idosa
- Projeto de Estágio
  - Objetivos
  - Atividades a desenvolver com a equipa
- Referências Bibliográficas

### Problemática



Costa 2006; Santos et al, 2013; Pordata, 2014

### Problemática



Sequeira, 2010

## Violência : Problema de saúde pública

- 39% dos idosos portugueses são vítimas de violência;
- Cerca de dez mil diariamente (2500 prevê-se que morram)
- 2000 → 2012 (mais do dobro) e 2013→2014 (aumento 10,1%)
- Filhos Vs Cônjuge/companheiro

OMS, 2011; APAV, 2014

### Violência contra Pessoas Idosas:

“a ação isolada ou repetida, ou a ausência de resposta apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano ou sofrimento a uma pessoa idosa”

ONU, 2002

## Problemática

### Impacto Negativo

(Saúde, bem-estar, qualidade de vida, violação dos Direitos Humanos)

OMS, 2002



Vulnerabilidade  
Debilidade  
Senescência  
Recuperação mais lenta

## Prevenção da Violência contra Pessoa Idosa

### Enfermeiro:

- Importante papel dos enfermeiros da comunidade a todos os níveis de prevenção;
- Avaliar necessidades multidimensionais da pessoa idosa;
- Avaliar as necessidades do familiar cuidador

Intervir em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador, de modo a prosseguirem com o seu projeto de saúde

1ª Fase - Revelar-se

2ª Fase - Envolver-se

3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar

4ª Fase - Comprometer-se

5ª Fase – Assumir o controlo de Si / Assegurar controlo Outro

Almeida, 2005; Landenburger et al. 2011; Phelan, 2010; OMS, 2011; Gomes, 2013

## Prevenção da Violência contra Pessoa Idosa

	Primordial	Primária	Secundária	Terciária
Objetivo de Intervenção	-Diminuição da vulnerabilidade -Evitar FR;	- Evitar casos de violência antes do seu aparecimento (FR)	- Identificação de casos de violência, intervindo precocemente	- Reabilitar pessoa idosa, eliminar recorrências e minimizar o impacto
Intervenção de Enfermagem	-Disponibilizar informação sobre direitos -Disponibilizar informação que altere imagem estereotipada pessoa idosa - Formação a profissionais	-Avaliação de FR - Avaliação de sobrecarga cuidador -Disponibilizar recursos e redes de suporte social	-Capacitar profissionais para identificação e intervenção precoce de situações de violência	- Articulação e estabelecimento de protocolos de atuação para apoiar pessoa vítima

## Projeto de Estágio 28/09 – 15/01

### Objetivos

- Desenvolver competências de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e seu cuidador;
- Desenvolver competências de mestre e especialista na prevenção da violência contra a pessoa idosa dependente de cuidador familiar;
- Desenvolver competências na equipa de enfermagem para a prevenção da violência contra a pessoa idosa dependente.

## Projeto de Estágio

### Algumas atividades a desenvolver (com equipa)

**1. Colheita de Dados:** Análise das práticas (base numa grelha de observação); análise documental; observação participante das práticas, participação nas reuniões interdisciplinares, reflexões com equipa enfermagem

## Projeto de Estágio

### Algumas atividades a desenvolver (com equipa)

**2. Contribuir para desenvolvimento competências na equipa:** apresentação dos resultados do diagnóstico de situação à equipa, formação à equipa enfermagem, elaboração de documento síntese de identificação de FR (prevenção primária) que oriente a equipa.

## Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2014). *Estatísticas APAV: Relatório Anual 2014*. Disponível em [http://apav.pt/apav\\_v2/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Relatorio\\_Anual\\_2014](http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2014). Acedido em 23/05/2015
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lidel edições.
- Costa, M. (2006) *Cuidar Idosos*. 2ª ed Editora Formasau, Coimbra.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. DGS, Lisboa.
- Fortin, M. F. (1999). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Fulmer, T. (2007). *How to try this*. American Journal of Nursing. Outubro, vol. 107, n.º 10
- Júnior, A. e Júnior, N. (2011). A utilização da técnica de entrevista em trabalhos científicos. *Revista Evidência*, V. 7(7), p. 237-250.
- Landenburger, K. M., & Campbell, J. C. (2011). Violência e maus-tratos humanos. In M. Stanhope, & Landenburger, K. M., & Campbell, J. C. (2011). *Violência e maus-tratos humanos*. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (7ªed., pp. 878-905). Lisboa: Lusodidacta.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de SI: A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: Da investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas

## Referências Bibliográficas

- Gomes, I. (2009). *Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Idoso no Domicílio*. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa.
- Minayo, C. (2003). *Violência contra idosos: relevância para um velho problema*. Caderno Saúde Pública, 19 (3), 783-791
- McComark, M. (2003) *A conceptual framework for person-centred practice with older people*. International Journal of Nursing Practice, 9.
- Neuman, B. (1989) *The Betty Neuman health-care systems model: a total person approach to patient problems*. In: Riehl, C.S.; Roy, J.P. Conceptual model for nursing practice. Norwalk: Appleton e Lange, 1989 p119-131.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Pearson, A e Vaughan, B (1992) *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Grafiarte, Lisboa.
- Pordata (2014) Estatísticas Pessoas Residentes. Disponível em <http://www.pordata.pt/>
- Rogers, C., (1997). *Vulnerability, health and health care*. Journal of Advanced Nursing, 26, 65-72
- Santos, A. et al (2013). *Prevalência da Violência contra as pessoas idosas- uma revisão crítica de literatura*. Sociologia, problemas e práticas, nº 72, pag. 52-57.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Edições
- World Health Organization (2011). *European report and preventing elder maltreatment*. Disponível em <http://www.WHO.int>. Acedido em 2015/04/02.

## **APÊNDICE XVI – GRELHA DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS**

**Grelha síntese da intervenção em parceria com Pessoa Idosa  
dependente/familiar cuidador para a prevenção da violência (Gomes, 2013)**

Fase do MPC	Prática de Enfermagem	
1ª-Fase - Revelar-se	Dar-se a conhecer à pessoa	- Apresenta-se e cumprimenta a pessoa
		- Explicar o objetivo da intervenção (visita domiciliária, tratamento, entrevista, etc)
		- Pedir consentimento antes de atuar
		- Recorrer a estratégias de comunicação (escuta ativa, abertura ao diálogo, afetividade, carinho, simpatia, procurar conhecer o conteúdo da mensagem, incentivar o diálogo, recorrendo a comunicação não-verbal para mostrar atenção ao que diz, não interromper e não retirar conclusões precipitadas, resumir, repetir e reformular o que foi dito, para ter a certeza que a mensagem foi apreendida adequadamente, colocar questões quando a informação for confusa e contraditória, encorajar a expressão de sentimentos e emoções, demonstrar disponibilidade e respeito, não emitir juízos de valor)
	Conhecer a identidade da pessoa	- Conhecer a identidade da pessoa (nome, idade, habilitações, estado civil, profissão anterior, projeto de vida anterior e futuro da pessoa, valores, costumes, interação social, agregado familiar, hábitos de vida, atividades de lazer, isolamento, participação em atividades domésticas)
		- Conhecer a situação económica familiar (se existem dificuldades)
		- Conhecer as condições habitacionais (tipo de habitação, se é alugada, salubridade, segurança da mesma)
		- Conhecer a dinâmica relacional da família (conflitos, qualidade da relação, transmissão intergeracional de violência, formular um ecomapa que permita conhecer a história de relações na família e acontecimentos mais importantes da vida, assim como história educacional e profissional, identificar as origens e a evolução da vitimização)
		- Compreender o significado e consequências da situação para a Pessoa Idosa/familiar cuidador

		<p>- Conhecer a situação de saúde-doença (comorbilidades, grau de dependência física e cognitiva, limitação funcional, deterioração cognitiva, necessidade de cuidados, medicação habitual, alergias, responsabilidade da gestão terapêutica, história recorrente de quedas, marcas, idas frequentes ao hospital, fraturas inexplicadas)</p>
		<p>- Efetuar uma <u>avaliação multidimensional</u> da Pessoa Idosa (com especial atenção a indicadores como a existência de desnutrição, desidratação sem uma patologia que justifique, marcas, hematomas, má higiene geral, vestuário inadequado, evidência de traumas, hematomas e marcas inexplicáveis, tristeza, medo, ansiedade, vergonha, culpa, frustração, mudança de comportamento quando o cuidador entra ou sai do espaço conjunto, não querer responder a perguntas, ou olhar para o cuidador antes de responder ao profissional de saúde, quedas, com disparidade de explicação da situação, não recorrer à urgência em caso de queda)</p>
		<p>- Identificar fatores de risco da violência nas visitas domiciliárias (idade, género, grau de dependência, demência, perturbações mentais, comportamento agressivo, hostilidade, consumo de substância por parte do cuidador, problemas financeiros, stress ou sobrecarga do cuidador, dependência financeira do agressor face à vítima, transmissão intergeracional de violência, história prolongada de relacionamento difícil, isolamento social, falta de suporte social, idadismo, cultura de violência/banalização da violência. Deve conhecer-se também o detalhe dos incidentes de agressão, padrão de severidade e frequência)</p>
		<p>- Aplicar instrumento de avaliação de risco de violência contra a Pessoa Idosa (Indicator of Abuse Screen)</p> <p>- Identificar a resposta da vítima à situação (impacto da vitimização, que estratégias utiliza para se defender, fatores de intensificação da situação)</p>
		<p>- Reconhecer barreiras de identificação e reconhecimento de existência de uma situação de violência (sentimentos de culpa, vergonha, dificuldade em quebrar laços e denunciar familiares, medo de represálias por parte de outros- vizinhos ou familiares por exemplo)</p>

		- Atuar nos fatores de risco da violência de modo a prevenir complicações, numa ótica de prevenção primordial e primária (promover autonomia, disponibilizar informação, publicitar apoios existentes para as famílias, envolver instituições em programas de apoio aos cuidadores, criação de grupos de apoio e voluntariado, formação aos cuidadores de idosos, desmistificar mitos sobre envelhecimento junto da junta de freguesia, centro de saúde e escolas, articulação com apoios na comunidade para evitar isolamento social, como centros de dia, apoio domiciliário e voluntariado, aumentar rede social). Reconhecer precocemente sinais de violência, não se iludindo com sinais e sintomas de outras patologias prevalentes nesta faixa etária
		- Conhecer o familiar cuidador (parentesco, escolaridade, profissão e situação profissional, horas de cuidados prestados, horas de trabalho, dificuldades financeiras, divórcio, desemprego, subsídios, abuso de substâncias, doenças psiquiátricas, depressão, stress)
		- Conhecer a globalidade de cuidados prestados pelo cuidador (duração, complexidade, tempo de prestação direta de cuidados, tempo de lazer que tem para si, apoio de outros familiares ou vizinhos ou de apoios na comunidade)
		- Compreender o nível de conhecimento e recursos face à situação (apoio domiciliário integrado, tratamento de roupa, higiene, instituições de apoio, voluntariado)
<b>2ª fase – Envolver-se</b>		- Familiarizar-se com a casa da pessoa, para não se sentir um estranho
		- Mostrar disponibilidade, partilhar sentimentos (de forma cuidada) e promover a reflexão
		- Conhecer a história prévia do familiar cuidador (experiências de cuidar, história de violência) e significado que atribui ao seu papel de cuidador
		- Conhecer histórias prévias de conflitos na relação
		- Identificar comportamentos no familiar cuidador indicadores de violência: se impede que a Pessoa Idosa fale em particular com o profissional de saúde, se coloca obstáculos para que se proporcione assistência domiciliar, se é controlador, se apresenta uma preocupação desmedida (excesso ou défice) em frente ao profissional de saúde, se infantiliza a Pessoa Idosa, história de abuso de substância e se apresenta comportamentos agressivos
		- Avaliar dificuldades de cuidar do familiar cuidador
		- Avaliar a sobrecarga do familiar cuidador (com recurso a escalas)



	- Avaliar a eficiência das estratégias de cuidar do familiar
	- Agilizar a articulação com a equipa interdisciplinar
	- Avaliar e sugerir redes de apoio
	- Expressar os termos da relação, identificando o que se espera de casa parte
	- Propor soluções em caso de existência de indicadores de violência, numa ótica de prevenção secundária (programa do descanso do cuidador, promover um período de tempo por dia para o cuidador, alargar rede de relações de parentesco e vizinhança, redes de apoio na comunidade, promover autonomia da Pessoa Idosa e participação conjunta em tarefas domésticas e de lazer, ensinamentos ao cuidador, tutela, articulação com entidades, centros de dia, apoio domiciliário, etc.)
<b>3ª Fase – Capacitar ou Possibilitar</b>	- Promover uma ação informada e esclarecida que suscite a reflexão (informar sobre os seus direitos e recursos que têm à disposição)
	- Distribuir informação (folhetos, panfletos e artigos em revistas do hospital e centro de saúde)
	- Partilhar o poder e a responsabilidade da ação (conversa, discute em conjunto) numa ação negociada
	- Promover autonomia e conforto da Pessoa Idosa
	- Promover uma tomada de decisão consciente
	- Capacitar o familiar cuidador para o seu papel (partilha de conhecimento, demonstrar como se faz, sugerir o repouso do familiar e apoios na comunidade, incentivar o cuidado à Pessoa Idosa)
	- Dar reforço positivo à Pessoa Idosa e familiar cuidador
	- Facilitar o acesso a outros recursos (comunidade, sociedade, articulação interdisciplinar, como por exemplo fisioterapeuta e psicóloga)
	- Promover o cuidado de Si, respeitando as preferências e os tempos da Pessoa Idosa
<b>4ª Fase – Comprometer-se</b>	- Estabelecer compromissos com a Pessoa Idosa e familiar cuidador
	- Disponibilizar ajuda à pessoa (idosa ou familiar cuidador)
	- Validar informação, objetivos a atingir e estratégias
	- Avaliar a evolução da situação e redefinir os objetivos numa ação negociada

	- Avaliar a intervenção do familiar cuidador cuidar com a Pessoa Idosa
	- Validar intervenções na promoção do cuidado de Si
	- Promover o bem-estar e segurança da Pessoa Idosa (deixar contactos em caso de dúvidas e/ou outras situações)
<b>5ª Fase – Assumir o controlo de Si/assegurar o cuidado do Outro</b>	- Garantir que a Pessoa Idosa dispõe de informação necessária para decidir sobre Si e ter controlo sobre o seu projeto de vida
	- Garantir que o familiar cuidador dispõe de informação necessária cuidar da Pessoa Idosa, assumindo o cuidado
	- Garantir que a violência não é perpetuada

**APÊNDICE XVII – SESSÃO DE FORMAÇÃO: “INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR  
EM CASO DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA”**

## **Descrição de Caso**

O Sr. X. tem 80 anos de idade, é viúvo há 7 meses e tem 3 filhos. Vive em casa própria com a filha mais nova, D<sup>a</sup> T. de 34 anos. É reformado, natural de Valpaços, tendo vindo para Lisboa em 1960, trabalhar nos navios do porto de Lisboa. Tem antecedentes pessoais de hipertensão arterial, DM, coledocolitíase e hipoacusia (utiliza aparelho auditivo). A filha T. é divorciada e não tem filhos. Refere que os irmãos não lhe dão apoio, apesar de um deles viver perto da casa do pai. Conta com ar impaciente que não consegue dormir, pois “*o pai não deixa, mas depois passa o dia a dormir no sofá*” (SIC). A D<sup>a</sup> T. assume que a reforma atual do pai é uma ajuda. Esteve de baixa por nojo (falecimento da mãe) e refere que quando regressou ao trabalho, a “*situação em casa piorou*” (referindo-se ao facto de cuidar do pai).

Durante uma visita de enfermagem, o Sr. X. tomava o pequeno-almoço no sofá: um pão com chá, com um resguardo sujo sobre ele. Os seus pés encontravam-se desalinhados e fora do chinelo, tendo a filha bruscamente procedido ao seu alinhado com os próprios pés, em ‘jeito de pontapé’ e dizendo-lhe, de forma agressiva, para se alimentar.

O Sr. X. era independente nas AVD's, e parcialmente dependente nas AIVD's, sendo o regresso da filha para casa, uma ajuda para ambos. Recentemente, o Sr. X. tem apresentado uma série de quedas, que a filha referiu não presenciar, das quais resultaram escoriações e hematomas. Após os acidentes, a filha não levou o Sr. X. ao hospital, nem comunicou o sucedido aos enfermeiros do centro de saúde. Estes tiveram conhecimento apenas aquando das VDs.. A filha refere que o pai cai sozinho quando se levanta da cama com auxílio da bengala e desvaloriza as lesões provocadas. O Sr. X. referiu não se lembrar das quedas.

A equipa de enfermagem visita o Sr. X. semanalmente para monitorização da tensão, encontrando-o progressivamente mais abatido anímicamente e com mais equimoses. Refere não ter eventos sociais, saindo apenas para realizar exames e deslocar-se às consultas. Quando estava na sua terra, relata que tinha um quintal

com cultivos, de que gostava bastante e que aos domingos saía para jogar às cartas com os amigos.

Após a última queda, apresentou um TCE com PC, da qual resultou uma hemorragia subaracnoideia frontal. Houve necessidade de internamento hospitalar, tendo o Sr. X. deteriorado a sua capacidade funcional e consequentemente apresentado períodos de confusão. Com o aumento da dependência, observou-se a diminuição da qualidade dos cuidados de higiene do Sr. X. Numa das VD, o enfermeiro encontrou o Sr. X. com lágrimas nos olhos, a tomar o pequeno-almoço, e sem prótese auditiva. Quando questionado sobre o porquê da tristeza, o Sr. X. negou estar a chorar, dizendo que *“está tudo bem”* (SIC). Quando perguntado acerca da sua relação com a filha, responde que a D<sup>a</sup> T. *“é uma joia, eu é que sou um velho, que só estou a empatar”*. Em relação ao aparelho auditivo refere que não sabe onde a filha o colocou e já não o usa desde que veio do hospital.

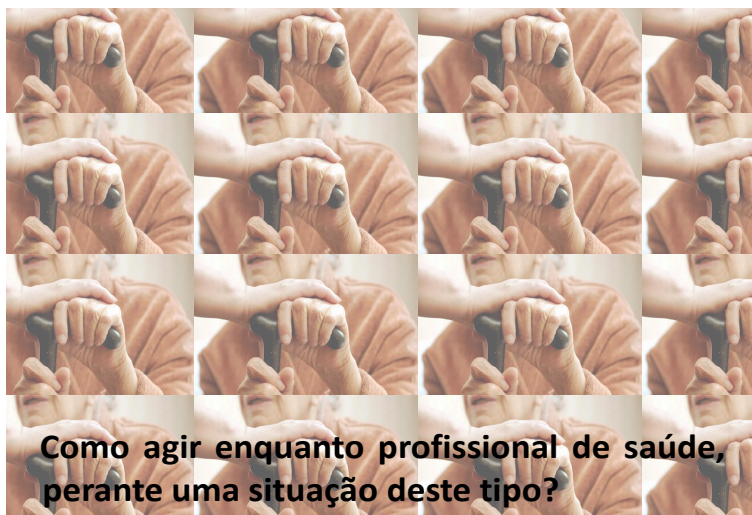
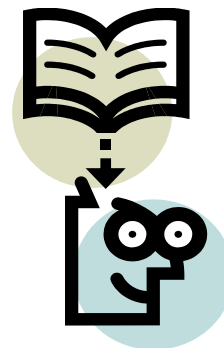
Durante as VD's, a filha está sempre presente durante todo o tempo. Após algumas conversas, a D<sup>a</sup> T. transmite-nos que não dá banho ao pai, porque não o sabe fazer, nem consegue. Refere que espera que o pai volte a ser independente. O Sr. X. tem passado o tempo todo em casa, exceto para ir às consultas. Permanece na sala, a dormir no sofá, não tendo atividades sociais desde o funeral (que o senhor não atribui como sendo o da esposa, achando que esta ainda está viva, inclusivamente que a D<sup>a</sup> T. é a sua esposa). A D<sup>a</sup> T. refere que agora *“o melhor são as noites, leva com um comprimido e dorme que é uma maravilha! Já não me chateia. Pior é quando urina a cama toda, que horror...”*. Após algum tempo admite exaltada: *“tenho que fazer a minha vida, não posso tratar dele, eu sou nova e preciso de viver, ele acha que eu sou a minha mãe, acha normal?!”* (SIC)

Ação de formação no âmbito do Projeto de Estágio: Prevenção da  
Violência Contra a Pessoa Idosa Dependente de Familiar Cuidador

## Diagnóstico e intervenção multidisciplinar em situação de violência contra a Pessoa Idosa

Elaborado por Patrícia Ramalho, sob orientação da professora doutora  
Idalina Gomes, da ESEL e Enfº Sérgio Jorge, do contexto da Prática Clínica

## Leitura da Situação



**Como agir enquanto profissional de saúde,  
perante uma situação deste tipo?**

Refletir antes de agir

Atitude acrítica

Perceber a situação

Não descurar a intervenção de  
todas as disciplinas

“...os idosos conquistam-se  
lentamente...” (Berger, 1995, p. 28)

## Intervenção com base no Modelo de Parceria Cuidados

(Gomes, 2009)

### 1ª Fase: Revelar-se

Conhecer, dar espaço para construir a relação, avaliação multidimensional; identificar FR; articular com equipa multidisciplinar

### 2ª Fase: Envolver-se

Partilha e relação de confiança que permite imergir na situação; Reconhecer obstáculos à identificação e reconhecimento de situações de violência; atuar nos FR; Propor soluções

### 3ª Fase: Capacitar ou possibilitar

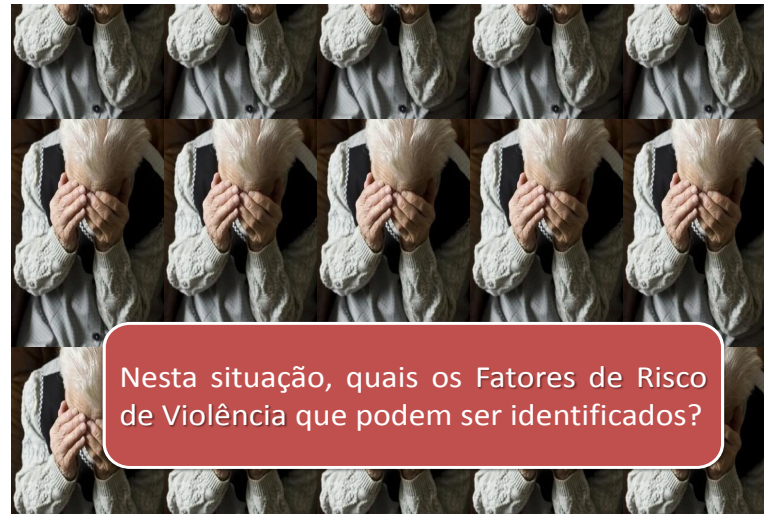
Construir uma ação conjunta que permita o desenvolvimento de competências e responsabilidades no cuidar (capacitar a filha) ou promover a segurança e bem-estar à pessoa idosa (acesso a recursos)

### Comprometer-se

Desenvolvimento de esforços em equipa multidisciplinar, de modo a atingir os objetivos definidos

### Assumir ou assegurar o cuidado

Maximizar as potencialidades do Sr. L. tendo em consideração as suas preferências e decisões, garantir a sua segurança e bem-estar; garantir que a filha disponibiliza cuidados de qualidade ao pai.



Nesta situação, quais os Fatores de Risco de Violência que podem ser identificados?

## Fatores de Risco

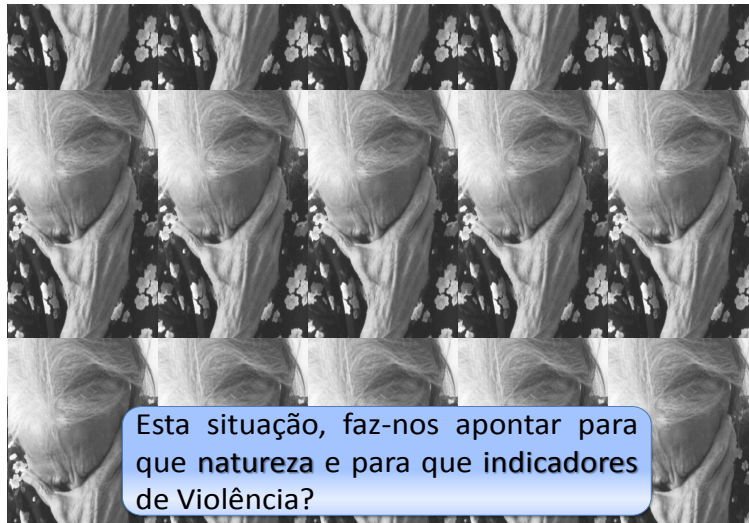
- Idade avançada do Sr. X;
- Aumento do grau de dependência (Índice de Lawton-Brody 27 - severamente dependente nas AIVD's; Índice de Barthel 65 - ligeiramente dependente nas AIVD's; Índice de Berg 10 - mau equilíbrio)
- Alterações cognitivas (Mini Mental State Examination: 10 pontos - défice cognitivo)
- Dependência financeira da filha;
- Isolamento social (vive sozinho e não sai, tendo perdido quaisquer contatos que tinha. Os filhos não o vão visitar, pelo que existe também um isolamento familiar)
- A filha não compreende a situação do pai e tem expectativas irrealistas;
- Inexperiência de cuidar por parte da filha;
- Aparente baixa qualidade de relação;
- Stress visível da cuidadora e descrito em notas (escala de sobrecarga)

## Avaliação do Risco de Violência Indicator of Abuse screen (IOA)

Familiar Cuidador		Pessoa Idosa	
0	1. Tem problemas de comportamento	0	4. Foi abusado no passado
4	2. É financeiramente dependente	0	5. Tem conflitos conjugais/ familiares
0	3. Tem problemas mentais/ emocionais	4	6. Pouca compreensão da sua condição clínica
0	8. Tem problemas de abuso de álcool ou outras substâncias	4	11. Está socialmente isolado
4	7. Tem expectativas irrealistas	4	15. Falta-lhe apoio social
4	9. Não compreende a condição clínica da pessoa idosa	4	16. Tem problemas de comportamento
4	10. Relutância nos cuidados	0	18. É financeiramente dependente
3	12. Tem conflitos conjugais/ familiares	0	19. Tem expectativas irrealistas
3	13. Relação atual de baixa qualidade com a pessoa idosa	3	20. Tem problemas de álcool ou de medicação
4	14. Inexperiência na prestação de cuidados	3	21. Relação atual de baixa qualidade com o familiar cuidador
4	17. É acusador	4	22. Tem líderes ou quadras suspeitas
0	24. Relação passada de má qualidade com a pessoa idosa	4	23. Tem problemas mentais/ emocionais
		0	25. É acusador
		0	26. É emocionalmente dependente
		0	27. Não tem médico regular

Aplicado no início das VDs !!!

Total: 60 – Indicativo de abuso



Natureza:	Indicadores de Violência:
<b>Negligência</b>	falta de aparelho auditivo, pela falta de assistência nos cuidados básicos ao Sr. X., condições médicas não tratadas (recusa em garantir os cuidados de saúde ao pai após as quedas)
<b>Psicológica</b>	comentários e comportamento depreciador e acusador, culpabilização (sentir-se ' <i>a mais e a empatar</i> '), pela forma como a filha fala e interage com o pai por exemplo quando lhe ajeita os pés 'ao pontapé', tristeza do Sr. X. manifestada por choro, baixa autoestima. O Sr. X. evita falar abertamente, sofre de isolamento social
<b>Física</b>	quedas frequentes, aparecimento de escoriações e hematomas. Contudo não se confirma, pois as escoriações e marcas são resultantes das <u>quedas</u> .

Natureza:	Indicadores de Violência:
<b>Negligência</b>	falta de aparelho auditivo, pela falta de assistência nos cuidados básicos ao Sr. X., condições médicas não tratadas (recusa em garantir os cuidados de saúde ao pai após as quedas)
<b>Psicológica</b>	comentários e comportamento depreciador e acusador, culpabilização (sentir-se ' <i>a mais e a empatar</i> '), pela forma como a filha fala e interage com o pai por exemplo quando lhe ajeita os pés 'ao pontapé', tristeza do Sr. X. manifestada por choro, baixa autoestima. O Sr. X. evita falar abertamente, sofre de isolamento social
<b>Física</b>	quedas frequentes, aparecimento de escoriações e hematomas. Contudo não se confirma, pois as escoriações e marcas são resultantes das <u>quedas</u> .

**Cautela nos Diagnósticos!!!**

Quedas: Violência?	
<b>Revelar-se</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurar as causas das quedas: défice de equilíbrio e marcha. <u>A par com:</u> sobredosagem de benzodiazepinas? Benzodiazepinas contraindicadas nos idosos? Falta de atividade física, regredindo as suas capacidades motoras?</li> <li>• Questionar a filha acerca da medicação em <u>esquema e SOS</u>. Articular com médico para análise de eventual dosagem de benzodiazepinas / revisão terapêutica;</li> <li>• Treino funcional;</li> <li>• Avaliação e gestão de riscos em casa (Orientar para a possibilidade de adaptar o ambiente doméstico: desimpedir as passagens, cama não deve ser muito alta nem muito baixa, possibilidade de grades; barras de apoio no sanitário, utilização de uma cadeira do duche, não ter tapetes nas passagens, que possam levar a quedas, a substituição da bengala pelo andarrilho, a colocação de uma luz de presença no quarto ou no corredor...)</li> </ul>





## Proposta de Intervenção Multidisciplinar I

### 1. Revelar-se

- **Concentrar-se na Pessoa**, abordando-a de forma amável, num local próprio e cómodo: no sofá, pois é onde se sente confortável
- Apresentar-se ao Sr. X. e filha e **explicar o objetivo da VD** (monitorização da saúde e bem-estar do Sr. X. e perceber as dificuldades da filha – atitude acrítica e sem julgamentos);
- **Pedir consentimento** antes de atuar: “Posso avaliar a sua tensão? Compreendemos que seja uma situação complexa, podemos falar sobre as suas dificuldades atuais?” (filha);
- **Incentivar o diálogo** (orientação) com recurso a interjeições que valorizam e motivam o Sr. X, dando-lhe ânimo para continuar a dar-se a conhecer: “Então todos os domingos era dia de jogo?! ; Porque diz que anda a empatar? Os anos enrugam-nos a pele, mas não podemos perder o entusiasmo, senão deixamos que se enrugue também a alma!”;

Gomes, 2013

## Proposta de Intervenção Multidisciplinar II

### 1. Revelar-se

- **Encorajar a expressão de sentimentos e emoções**: *não se reprima, é normal chorar, Sr. X.! Chorar não é motivo de vergonha! É normal que se sinta descorçoado, mas desabafar pode fazer-lhe bem!*
- **Recurso a estratégias de comunicação** como a escuta ativa, mostrar disponibilidade e atenção, respeitar o ritmo do Sr. X. (por exemplo cruzar os braços ou acelerar o diálogo pode parecer que não queremos ouvir);
- **Sensibilizar a filha para as necessidades do pai** (necessidades humanas básicas, mas também de sair de casa, dar passeios, ser amado, apoiado e valorizado);
- Identificar FR e indicadores de violência ;

Gomes, 2013

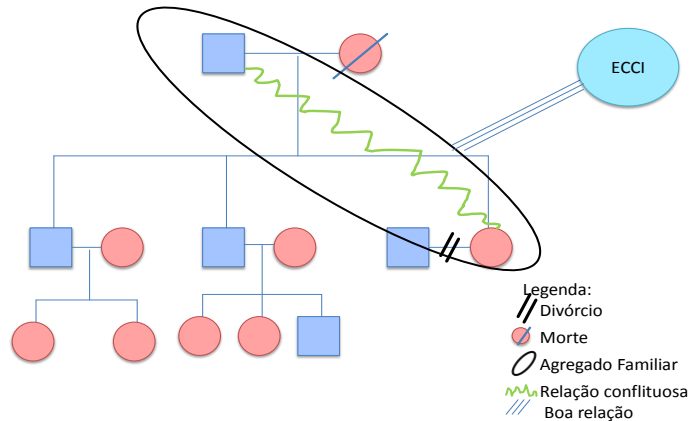
## Proposta de Intervenção Multidisciplinar III

### 2. Envolver-se

- Educação para a saúde e explicação sobre a condição de saúde do Sr. X.;
- Ter atenção à comunicação não-verbal, como a voz vacilante, que pode querer dizer que se está a tentar omitir alguma coisa, ou ao choro que pode significar tristeza;
- **Sensibilizar a filha** de que falar agressivamente e fazer comentários depreciativos podem desencadear sofrimento. Recomendar não fazer comentários sobre factos que possam causar angústia, como por exemplo urinar na cama ou sujar a roupa;
- Estimular a filha a **agir com tranquilidade** e através de ordens simples;
- **Conhecer a filha** (história prévia de cuidar, hábitos, banalização da violência, tempos de cuidar e de lazer, significado da situação de doença, relação com o pai)

Gomes, 2013

## Genograma e Ecomapa



## Proposta de Intervenção Multidisciplinar IV

### 2. Envolver-se

#### • Reconhecer **obstáculos à identificação de situações violentas**:

- Problemas cognitivos; medo de desunião e institucionalização, vergonha, culpabilização *“eu é que sou velho e ando a empatar”*, limitações físicas e considerar-se dependente da filha, medo de represálias pela filha, restante família e vizinhos, «conspiração do silêncio», abordar é desvendar algo que a família tem interesse em manter oculto, desconhecimento das ajudas e recursos disponíveis
- **Presença constante da filha nas VD's**

- Avaliar as dificuldades da filha (diminuição da capacidade funcional e défice cognitivo; *“ele acha que sou a mulher dele, acha normal?!”*;
- Avaliar a sobrecarga da filha, com recurso a instrumentos de avaliação

Gomes, 2013

## Escala de Sobrecarga da cuidadora (Zarit, 1983)

- Acha que o seu familiar pede mais ajuda do que ele(ea) realmente precisa?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Acha que não tem tempo suficiente para si próprio(a), devido ao tempo que tem de dedicar ao seu familiar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Sente-se em "tensão" por ter de se dividir entre o cuidar do seu familiar e as suas outras responsabilidades (trabalho/família)?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Sente-se envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Sente-se irritado(a) ou zangado(a) quando está com o seu familiar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Acha que o seu familiar está constantemente a afectar, de forma negativa, a sua relação com outros membros da família ou com os seus amigos?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Tem medo do que o futuro pode reservar ao seu familiar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Acha que o seu familiar está dependente de si?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Sente-se em tensão quando está com o seu familiar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Acha que a sua saúde se tem ressentido por causa do seu envolvimento com o seu familiar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Acha que não tem tanta privacidade quanto desejaria, por causa do seu familiar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Acha que a sua vida social se tem ressentido por estar a cuidar do seu familiar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Sente-se desconfortável quando recebe visitas dos amigos, por causa do seu familiar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Acha que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pode contar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Acha que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, tendo em conta todas as suas outras despesas?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Acha que já não será capaz de continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu familiar apareceu?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Deseja que pudesse ser uma outra pessoa a cuidar do seu familiar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Sente-se indeciso(a) quanto ao que fazer com o seu familiar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Acha que não devia estar a fazer mais pelo seu familiar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- Acha que podia cuidar melhor do seu familiar?  
☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ bastantes vezes ☐ quase sempre
- De uma maneira geral, de que forma se sente sobrecarregado(a) por estar a cuidar do seu familiar?  
☐ absolutamente nada ☐ um pouco ☐ moderadamente ☐ muito ☐ muitíssimo

Validada por Sequeira, 2010

## Proposta de Intervenção Multidisciplinar V

### Envolver-se / Capacitar

- Sumarização da narração, para confirmar a compreensão e se evitarem mal entendidos (e erros nos diagnósticos, quedas por exemplo);
- Não querer sair da VD com todas as respostas. Deve ser respeitado o tempo da pessoa, haverá mais oportunidades;
- **Perceber o porquê de não conseguir prestar os cuidados** (pudor em mexer no corpo? Má relação anterior? Défice de conhecimentos? Promover ensinamentos se for esse o caso);

Gomes, 2013

## Proposta de Intervenção Multidisciplinar VI

### 4. Comprometer-se

- Esclarecer sobre os seus **direitos** (em períodos de orientação T/E);
- **Compreender que a filha também pode estar a necessitar de ajuda** pela situação recente de perda do familiar. Prestar apoio psicológico;
- **Promover padrões que favoreçam a quebra do ciclo de violência familiar** (manter as VD's multidisciplinares; ajudar na identificação de sinais de violência, que podem ser subtis e desprovidos de intenção; promover a participação em atividades sociais como irem ao café; promover uma relação de confiança com um enfermeiro de referência que permita a partilha de sentimentos, a **denúncia** de situações violentas e a **manifestação** das dificuldades de cuidar);

Gomes, 2013

## Proposta de Intervenção Multidisciplinar VII

### 4. Comprometer-se

- **Desenvolver competências para a resolução não violenta de conflitos** (tentarem colocar-se no lugar um do outro e perceber as dificuldades que ambos têm; promover o diálogo entre os dois; orientar a Dª T. para que o pai tem limitações e que não faz as coisas por mal, mas sim porque não consegue; explicar que reações violentas não vão melhorar a resposta do pai em momentos de confusão; dar espaço à cuidadora para exprimir o que sente; estimular a reflexão);
- **Promover o acesso a serviços adequados e apoios sociais** (apoio domiciliário para cuidados de higiene, se após os ensinios, a filha continuar a não conseguir prestar os cuidados e como forma de **reduzir o stress relacionado com sobrecarga de cuidados**);

Gomes, 2013

## Proposta de Intervenção Multidisciplinar VIII

### 4. Comprometer-se

- Estimular a família a incluir o Sr. X. no **convívio familiar e comunitário** para uma vida social mais ativa (estimular saídas até ao café em momentos de lucidez, incentivar as atividades com ocupacionais);
- Alargar rede de relações de parentesco e vizinhança (estimular a filha a pedir ajuda a vizinhos, familiar e amigos, quando necessário);
- Reforço positivo à filha;
- Realizar reuniões de **discussão clínica multidisciplinar** (todas as situações de violência requerem uma intervenção multidisciplinar, pelo que é importante e necessária uma coordenação entre todas as entidades implicadas na resposta integrada);

Gomes, 2013; DGS, 2014

## Proposta de Intervenção Multidisciplinar IX

### 5. Assegurar o cuidado ao Sr. L

#### • Resultado:

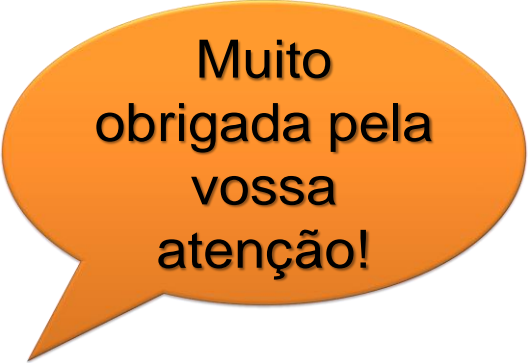
Que a filha consiga assegurar os cuidados de saúde e de bem-estar ao pai, sendo uma parceira no cuidar e recorrendo à ECCI em caso de qualquer dúvida ou ocorrência.

OU

Caso não se garanta os cuidados e a segurança do Sr. X. propor afastamento

Por períodos (centro de dia) não terá condições devido às suas limitações. Outro filho assumir o cuidado? Institucionalização?

Gomes, 2013; DGS, 2014



Muito  
obrigada pela  
vossa  
atenção!

“O talento vence jogos, mas só o trabalho em equipa vende campeonatos!”

*Michael Jordan*

## Referências Bibliográficas Principais:

- Araújo, F. et al. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde*, 25 (2).
- Direção Geral da Saúde (2014). Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde.
- Gomes, I. (2009). *Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Idoso no Domicílio*. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde (2011). Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Toronto
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora
- Santos, A. et al (2013). *Prevalência da Violência contra as pessoas idosa- uma revisão crítica de literatura*. Sociologia, problemas e práticas, nº 72, pag. 52-57.

## **APÊNDICE XVIII – REGISTO DE PRESENÇAS NA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

**Registo de presença na Sessão de Formação: “Intervenção multidisciplinar em situação de suspeita de violência contra a Pessoa Idosa”**

**Local de realização:** Sala de reuniões das instalações da UCSP de X

**Data e hora:** 14 horas do dia 7 de Janeiro de 2016

**Formadora:** Mestranda Patrícia Ramalho

[illegible]

## **APÊNDICE XIX – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO**

## PLANO DE SESSÃO

<b>Tema:</b> Intervenção multidisciplinar em situação de suspeita de violência contra a Pessoa Idosa		<b>Formadora:</b> Enfermeira Patrícia Ramalho	
<b>População-alvo:</b> Equipa de Cuidados Continuados Integrados		<b>Data e hora:</b> 7 de Janeiro de 2016, pelas 14:30 horas	
		<b>Duração:</b> 30 minutos	
<b>Objetivo Geral:</b> Contribuir para a capacitação da equipa para identificar e intervir em parceria, em situações de suspeita de violência contra a Pessoa Idosa.			
<b>Objetivos específicos:</b> Que no final da sessão, a equipa seja capaz de:  - Identificar fatores de risco para a ocorrência de violência contra a Pessoa Idosa;  - Identificar indicadores de violência contra a Pessoa Idosa;  - Refletir acerca do contributo da intervenção em parceira na prevenção da violência contra a Pessoa Idosa;  - Considerar a adoção de estratégias na prática profissional, baseadas na parceria de cuidados em situação de suspeita de violência;  - Reportar uma situação suspeita à restante equipa, promovendo a reflexão e intervenção multidisciplinar.			
<b>Etapas</b>	<b>Conteúdo programático</b>	<b>Método pedagógico</b>	<b>Recursos didáticos</b>
<b>Introdução</b>	Acolhimento dos participantes Justificação da sessão de formação Comunicação dos objetivos Apresentação de um caso	Expositivo	Computador e projetor;  Impressão do caso em suporte de papel
<b>Desenvolvimento</b>	Análise do caso apresentado, com base na melhor evidência científica <u>Conteúdos programáticos:</u> identificação de fatores de risco e indicadores; obstáculos á identificação de violência, contributo da intervenção em parceria em situação de violência	Expositivo  Interrogativo	Computador e projetor
<b>Conclusão</b>	Síntese e colocação de questões  Apresentação de bibliografia  Avaliação da sessão, com recurso a um questionário  Encerramento da sessão	Expositivo  Interrogativo	Computador e projetor, entrega de questionário em formato de papel



## **APÊNDICE XX –QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Com vista à melhoria de momentos formativos futuros, solicitamos a sua resposta ao seguinte questionário apresentado, assinalando com um X o campo que considera expressar melhor a sua opinião relativamente à formação que acabou de assistir. A sua colaboração é de extrema importância. Muito obrigada!

**Formadora:** Mestranda Patrícia Ramalho

Item a avaliar	Mau	Razoável	Bom	Muito bom
Importância do tema para a sua prática profissional				
Clareza da exposição dos conteúdos				
Duração da Sessão de formação				
Metodologia utilizada				
Domínio do tema pela formadora				
Disponibilidade para esclarecer dúvidas				
Documentação distribuída				
Adaptação de novas práticas no seu contexto de trabalho				
Apreciação global da sessão de formação				

Sugestões de aspetos a melhorar:

--

Pontos mais positivos

--

## **APÊNDICE XXI – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

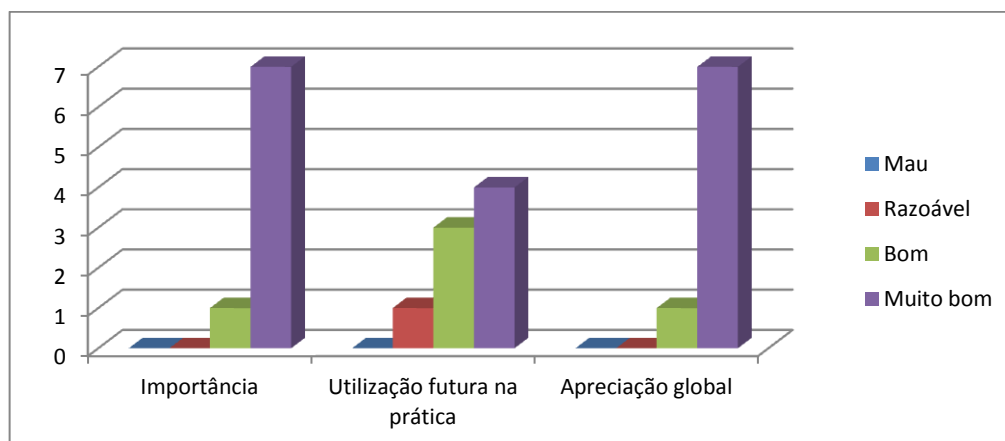
A sessão de formação contou com um universo de 8 participantes, dos 10 elementos da equipa. Os resultados obtidos através da aplicação do questionário de avaliação, constam na tabela 1. Do total, apenas dois identificaram os pontos mais positivos e apenas um sugeriu um aspeto a melhorar. Em relação ao item de avaliação “documentação distribuída”, houve apenas uma ausência de resposta.

Item avaliado	Mau	Razoável	Bom	Muito bom	Ausência de resposta
Importância do tema para a sua prática profissional	0	0	1	7	0
Clareza da exposição dos conteúdos	0	0	3	5	0
Duração da Sessão de formação	0	1	6	1	0
Metodologia utilizada	0	0	5	3	0
Domínio do tema pela formadora	0	0	3	5	0
Disponibilidade para esclarecer dúvidas	0	0	5	3	0
Documentação distribuída	0	1	5	1	1
Adaptação de novas práticas no seu contexto de trabalho	0	1	3	4	0
Apreciação global da sessão de formação	0	0	1	7	0
Sugestões	“Mais tempo na duração da formação”				7
Pontos mais positivos	R1: “Discussão em equipa”;  R2: “Discussão e reflexão gerada na equipa foi muito positiva; capacidade de fazer uma apresentação com relevância para todos os profissionais da ECCI”				6

**Tabela 1 – Resultados do questionário de avaliação**

A maioria dos elementos da equipa considerou o tema abordado importante para a sua prática diária, tendo sido a apreciação global ‘muito boa’, por 88% dos participantes. Tal refletiu-se numa “discussão e reflexão gerada na equipa” (SIC), onde cada profissional participou ativamente contribuindo com propostas de intervenção para a resolução do caso apresentado (gráfico 1).

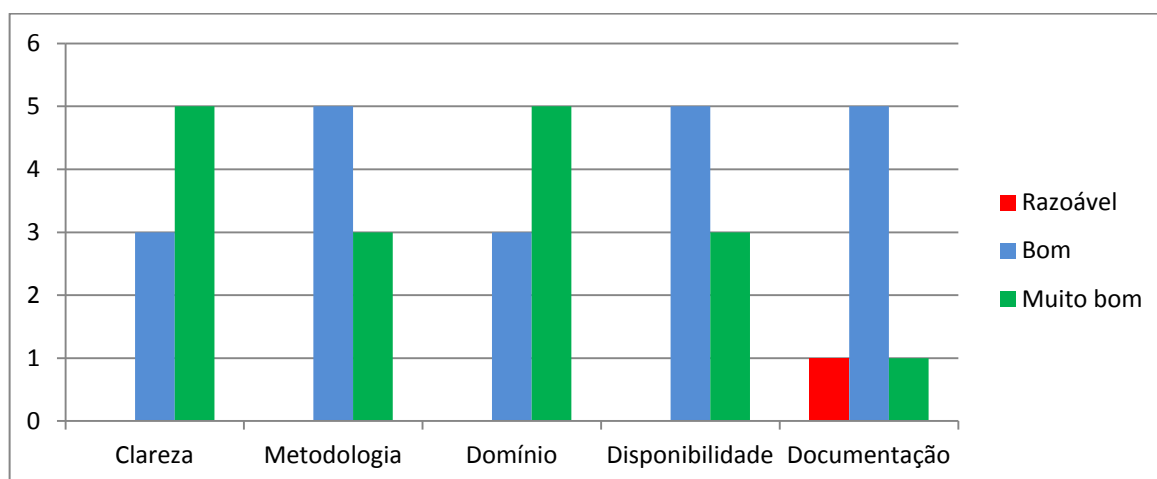
### Avaliação da Satisfação dos Participantes



**Gráfico 1 – Avaliação da satisfação dos participantes na sessão de formação**

Em relação à prestação da formadora, as respostas foram igualmente positivas, no que respeita à clareza da exposição dos conteúdos, domínio do tema e metodologia utilizada. No que concerne à documentação distribuída houve alguma discrepância de respostas, pelo que se coloca em questão a expectativa dos formandos em relação à receção de material didático por escrito sobre o tema abordado, facto que não aconteceu (gráfico 2).<sup>93</sup>

### Avaliação da prestação da formadora



**Gráfico 2 – Avaliação da prestação da formadora**

<sup>93</sup> Uma forma de tentar responder e melhorar esta situação foi enviar posteriormente um resumo do tema abordado.